

De quelques affections des tissus mésodermiques ;

(Rhumatisme chronique, Cellulite, Pyorrhée alvéolo-dentaire)

et de leur TRAITEMENT par le sérum-éparathyroïdien

Travail de la Polyclinique St-Philibert

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

par

CAUET Alfred

né le 23 Juin 1914 à Rebreuviette (P.-de-C.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PERRIN,	Professeur, <i>Président.</i>
DROUET,	Professeur, <i>Juge.</i>
ABEL,	Agrégé, <i>Juge.</i>
BODART,	Agrégé, <i>Juge.</i>

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE

Georges PATIN

31, Rue Léon-Gambetta

LILLE

1939

De quelques affections des tissus mésodermiques ;

(Rhumatisme chronique, Cellulite, Pyorrhée alvéolo-dentaire)

et de leur TRAITEMENT par le sérum-éparathyroïdien

Travail de la Polyclinique St-Philibert

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

CAUET Alfred

né le 23 Juin 1914 à Rebreuviette (P.-de-C.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM. PERRIN,	Professeur, <i>Président.</i>
	DROUET,	Professeur, <i>Juge.</i>
	ABEL,	Agrégé, <i>Juge.</i>
	BODART,	Agrégé, <i>Juge.</i>

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE

Georges PATIN

31, Rue Léon-Gambetta

LILLE

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\odot$.

Professeurs honoraires : MM. WEISS, O $\star$, I $\odot$;
BOULIN, O $\star$, I $\odot$; ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$;
DUFOUR, $\star$, I $\odot$; HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$; FRÉLICH, $\star$, I $\odot$;
LAMBERT, $\star$, I $\odot$; JACQUES, $\star$, I $\odot$; ANDRÉ, O $\star$, I $\odot$.

Professeurs :

Clinique des mal. syph. et cutanées	M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. R. COLLIN, O $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine sociales	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\odot$, c. s. p.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, A $\odot$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie et parasitologie méd.	M. DE LAVERGNE, O $\star$, I $\odot$.
Pathologie générale et méd. expér.	M. SIMONIN, I $\odot$.
Clinique gynécologique	M. BINET, $\star$, I $\odot$.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$.
Hydrologie	M. MERKLEN, $\star$, I $\odot$.
Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. DROUET, I $\odot$.
Professeurs sans chaire	{ M. L. JOB, $\star$, I $\odot$.
	{ M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses.	{ M. P. SIMONIN, I $\odot$, prof.
Thérapeutique chirurg. et tech. opér. ..	{ M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, $\star$, I $\odot$, c. s. p., agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, O $\star$, I $\odot$, prof.
Médecine opératoire	M. DROUET, I $\odot$, professeur.
Electrothérapie et radiologie	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, prof.
Accouchements (cours théorique)	M. LAMY, $\star$, I $\odot$, ch. de c., p. sans ch.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurg.	M. VERMELIN, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique et propédeut. chir. infantile ..	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. BODART, A $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. KISSEL, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Education physique ⁽¹⁾	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Clinique neurologique ⁽¹⁾	M. L. MERKLEN, $\star$, I $\odot$, prof.
Clinique O.-R.-L.	M. MICHON, $\odot$, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, $\odot$, docteur.
	M. DOMBRAY, $\odot$, docteur.

Agrégés en exercice :

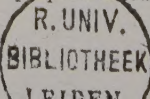
MM. FLORENTIN, A $\odot$.	MM. WOLFF, A $\odot$.	MM. GUILLEMIN, $\star$, I $\odot$, C.S.P.
BODART, A $\odot$.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\odot$.
CHALNOT,	VERMELIN, $\star$, I $\odot$.	KISSEL,

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. RÉMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$;
M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire.

⁽¹⁾ Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de mon profond amour filial et
de ma grande reconnaissance pour tous les
lourds sacrifices que vous vous êtes imposés
pour me permettre de devenir ce que je suis.

A MA SŒUR

En témoignage des sentiments qui nous unissent.

A MON GRAND PÈRE

A MA GRAND MÈRE

A MA MARRAINE,

A MON ONCLE,

A MON FILLEUL ET A MA FILLEULE,

A TOUS LES MIENS,

Sincères affections.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GASTON PARTURIER

qui m'a inspiré le sujet de cette Thèse,
qu'il soit assuré de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NANCY

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PERRIN

qui me fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Qu'il soit assuré de ma
haute considération et de ma respectueuse
reconnaissance.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR DROUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres
et de mes condisciples, je jure d'exercer la mé-
decine suivant les lois de la morale et de l'hon-
neur et de pratiquer scrupuleusement tous mes
devoirs envers les malades, mes confrères et la
Société.*

INTRODUCTION

Rhumatisme chronique, cellulite : deux noms plus que jamais à l'ordre du jour. S'il faut remonter à l'antiquité pour faire l'histoire du rhumatisme, terme banal que l'on retrouve sur les lèvres de presque tout vieillard, et que l'on a appelé la « Goutte du Pauvre » ce n'est qu'en 1899 que fut prononcé pour la première fois le nom de « Cellulite » par le suédois KRIKORTZ qui rattache cette dernière affection à la diathèse neuro-arthritique.

Nous n'avons pas l'intention de rassembler ici toutes les notions d'étiologie, pathogénie, anatomo-pathologie, diagnostic et traitement de ces deux maladies. Travail quasi impossible qui ne donnerait satisfaction à personne et risquerait fort d'obscurcir des données déjà trop compliquées.

Notre rôle sera beaucoup plus modeste, frappés par l'analogie entre le rhumatisme chronique et la cellulite nous allons essayer de dégager les liens qui unissent ces deux maladies.

Dans la période embryonnaire les os, les articulations, les tendons, le tissu cellulaire sous-cutané ont une origine commune : le mésoderme. C'est sur ce tissu que se fixeront les tares héréditaires de ce que l'on est convenu d'appeler l'arthritisme. Il s'agit de malades dont les ascendants ont souffert d'asthme, de migraine, d'urticaire, etc... troubles qu'eux-mêmes ont pu éprouver dans leur enfance. Peut-être ont-ils souffert aussi depuis longtemps de troubles hépatiques et de dysfonctions endocriniennes plus ou moins appréciables.

Puis quand l'âge mûr de la vie aura passé, devenus vieillards tout courbés, ils consulteront en disant que leurs articulations sont rouillées, ils signaleront qu'ils souffrent horriblement quand « Le temps est pour changer » ;

ils imploreront une médication et quitteront tout heureux le médecin qui n'aura su trop souvent hélas que les consoler et leur prédire des jours meilleurs qui ne viendront pas.

Nous allons essayer de montrer que le rhumatisme et la cellulite, ces deux affections du tissu mésodermique évoluent sur un terrain arthritique avec dysfonction des glandes endocrines et troubles de l'équilibre vago-sympathique. Nous noterons les influences météorologiques sur ces deux affections, et dirons chemin faisant quelques mots des affections alvéolodentaires qui semblent avoir bien des rapports avec le rhumatisme et la cellulite.

Nous déduirons de notre étude un essai de traitement commun de la cellulite et du rhumatisme ou tout au moins de certaines formes de rhumatisme par le sérum éparathyroïdien du Professeur G. PARTURIER.

Puisse cette modeste étude ajouter quelque chose aux notions actuelles sur ces deux maladies qui ne sont pas seulement l'apanage des vieillards mais aussi des adultes.

Qu'on me permette de remercier ici M. le Professeur PARTURIER. C'est en assistant à ses cours de LILLE, en constatant les résultats si démonstratifs de sa thérapeutique sur ses malades de Saint-Philibert que l'idée m'est venue de ce travail. Il a bien voulu m'y guider et m'y aider. Qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

LA CELLULITE

I. — Historique.

S'il est une question à l'ordre du jour c'est bien celle de la cellulite, maladie pourtant de constatation ancienne et c'est dans la première moitié du siècle dernier que BALFOUR, SCUDOMORE, FRORIEP ont signalé les empâtements douloureux des membres associés au rhumatisme chronique.

Il y a plus d'un siècle que les kinesiithérapeutes Suédois NORSTROM, HELLEDAY, VIDERSTROM, KOFLBERG, KLEIN, JOSEPHSON, traitant par le massage certaines affections du tissu cellulaire sous-cutané appelaient — nodules sous-cutanés, myocellulite ou myite, panniculite, etc... — ce qu'ils sentaient rouler sous leurs doigts.

En France en 1811 nous ne découvrons que quelques observations cliniques et ce n'est qu'en 1893 que STAPFER décrit la cellulite comme un syndrome commun aux maladies des femmes, tandis qu'en Allemagne FRORIEP, ROSENBAACH, AUERBACH, parlent de lésions douloureuses du tissu sous-cutané ainsi que du siège des « Nervenpunkt ».

En Angleterre en 1896 Richard HAEGUER parlant de « Panniculite adipeuse et de myitis » en fait une complication des maladies de la femme.

En 1893 STAPFER fait des « œdèmes cellulitiques » une présclérose tandis qu'en 1899 le suédois KRIKORTZ dans sa thèse emploie le premier le terme « cellulite » et rattache la cellulite à la diathèse arthritique.

En 1801, BRABANT nous parle de cette « rouille envahissante », en 1906 STAPFER revenant à nouveau sur la question lui assigne une origine circulatoire.

Mais c'est surtout WETTERWALD qui place la maladie à l'origine des douleurs névralgiques « sine materia » et en fait un symptôme visible

et palpable d'une altération du tissu cellulaire sous-cutané et conjonctif reconnaissant pour origine un trouble de nutrition commun aux états arthritiques.

En 1913, la Thèse d'HANRIOT établit un parallélisme entre la cellulite et l'arthritisme s'attardant surtout sur le rôle du tissu conjonctif, véritable milieu d'échange et RATHERY fait entrer la cellulite dans sa classification du rhumatisme chronique.

Des travaux de plus en plus nombreux paraissent sur la cellulite qui fait maintenant partie de la science médicale. Est-il besoin de citer ici les noms de WEISENBACH, FRANÇON, DAUSSET, Léopold LEVY, FORESTIER, etc., et en 1928 Mademoiselle HIRSCH met en évidence la fréquence de la cellulite au moment de la ménopause.

En 1931, Guy LAROCHE fait une étude très complète de la maladie. STULH fait une Thèse sur la forme abdomino-pelvienne de la cellulite et Mademoiselle Sonio OUMIKOV sur la forme cervico-faciale. A Lille le Professeur DELASSUS parlait couramment de la panniculite.

Voici donc résumé aussi brièvement que possible l'historique d'une maladie devenue d'une grande fréquence parce que mieux dépistée. Mais l'historique de la maladie ne suffit pas pour en avoir une idée très nette et en faire une définition exacte. Tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il y a identité entre les empâtements douloureux sous-cutanés des kinésithérapeutes suédois et les localisations actuellement bien décrites de la cellulite. En plus de l'historique nous dégageons déjà les rapports de la maladie avec le rhumatisme, la diathèse neuro-arthritique, la ménopause ; faits qui retiendront notre attention dans des chapitres qui vont suivre.

II. — Définition.

Il est quelquefois difficile de discerner ce qui est cellulite de ce qui ne l'est pas. Le tissu cellulaire est épaissi, consistant, sensible, peu mobile, adhérent à la peau et aux plans profonds.

Voici d'ailleurs la définition de G. PARTURIER ¹ :

« Nous dirons qu'il y a cellulite lorsque, sur un sujet qui se plaint de malaises allant de la gêne au contact ou à certains mouvements jusqu'à une douleur insupportable, nous observerons un empatement

1. G. PARTURIER, LARQUIER, RICOUX.

sous-cutané qui peut prendre d'ailleurs l'allure d'un simple embompoint et, surtout, lorsque essayant de pincer les téguments entre deux doigts, au lieu de les sentir se mobiliser et former un pli dont les deux éléments glissent l'un sur l'autre comme il est normal, nous sentons entre nos doigts une résistance plus ou moins élastique, parfois consistante jusqu'à rappeler celle du caoutchouc durci, comme si une nappe de substance étrangère épandue sous la peau telle une injection de paraffine, en multipliait l'épaisseur et s'opposait au rapprochement de nos doigts ».

Les nodules ne sont que des noyaux de cellulite à contour plus ou moins irrégulier.

En pinçant la peau entre les doigts on révèle non seulement une grande sensibilité mais on peut reproduire le phénomène « de la peau d'orange ».

III. — Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la cellulite mérite de nous arrêter un instant ne serait-ce que pour montrer les modifications du tissu cellulaire sous-cutané au cours de l'évolution de la maladie. Disons tout d'abord que nous n'avons pas de renseignements très nets à ce sujet. La biopsie commence à nous en faire apercevoir les différentes étapes.

Déjà en 1893 Geoffroy SAINT-HILAIRE avait remarqué au cours de l'évolution la dilatation vasculaire, l'accélération puis le ralentissement du flux sanguin, la margination des leucocytes, la diapédèse, l'exsudation et enfin la formation de l'œdème fibroélastique.

En 1934 STERNBERG de Vienne remarque que dans la cellulite le tissu conjonctif péri-articulaire subit une sorte de transformation ligneuse et très douloureuse.

En février 1936 le roumain E. C. CRASSIUM, expérimentant chez des mammifères, voit des lipocytes se transformer en lipophages ou fibrocytes en passant par un stade intermédiaire qui est celui de cellules mésenchymateuses étoilées et réticulaires. Ceci donc par simple métaplasie de la cellule adipeuse.

Voici d'ailleurs ce que nous dit G. PARTURIER insistant sur l'importance du tissu graisseux dans la constitution de la cellulite « à la période d'état, les lobules de graisse sont enserrés dans des loges fibreuses où

1. RICOUX, *Thèse doctorat Paris*.

se confondent les éléments conjonctifs et élastiques du tissu cellulaire sous-cutané. Les bandes scléreuses se prolongent hors de la plaque de cellulite, comme les bourgeons néoplasiques hors du cancer, et contribuent à donner à la lésion cellulitique (nodule ou plaque) un contour diffus. Ces bandes scléreuses en descendant vers les plans profonds s'y fixent plus ou moins étroitement. Ou bien, elles montent vers la peau et s'y accrochent en des points espacés, condition du signe de la peau d'orange que la cellulite partage aussi avec le cancer.»

Au début, il semble n'exister, comme le dit ALQUIER, qu'une simple distention du système lymphatique et infiltration des tissus.

Cet aspect anatomo-pathologique évoque l'idée d'un rapprochement avec la maladie de RECKLINGHAUSEN où l'on retrouve, sans ordre, des zones alternées de destruction et de réparation osseuse. Avec un peu d'exagération on peut dire que la cellulite est au tissu cellulaire sous-cutané ce que la maladie de RECKLINGHAUSEN est au tissu osseux. D'ailleurs nous verrons que l'une et l'autre sont des maladies par hyperparathyroïdie.

IV. — Étiologie.

Nous verrons plus tard que la cellulite ne se développe que sur un terrain spécial dit « arthritique » mais il existe des causes générales que l'on peut appeler déclenchantes telles que : les infections, focal-infection (rhino-pharyngite, pyorrhées alvéolo-dentaires, salpingites, urétrites, cholécystites, etc...) — ou infections générales telles que la grippe ou la dengue ; des circonstances climatiques (humidité) — et des causes focales ou localisantes : des chocs, des pressions accidentelles, professionnelles ou vestimentaires. Les chéloïdes sont considérées tantôt comme causes possibles ou phénomènes concomitants. G. PARTURIER a vu des piqûres d'insectes et de moustiques, greffer sur la cellulite une énorme infiltration d'allure inflammatoire, suivie d'une accentuation de la cellulite elle-même.

CHAPITRE II

LE RHUMATISME ESSAI DE CLASSIFICATION

Le terme rhumatisme de $\rho\epsilon\upsilon\mu\alpha$ qui veut dire fluxion est vague et imprécis. Nous n'avons pas l'intention de traiter ni même de passer en revue toutes les formes de rhumatismes. C'est en nous basant sur les faits de la clinique journalière que nous essaierons de faire une classification qui, pour si grossière qu'elle puisse paraître n'est pas une simple vue de l'esprit car elle est sanctionnée par des résultats thérapeutiques nets et aisément contrôlables.

On peut, faute de mieux, classer les rhumatismes chroniques suivant la catégorie des tissus intéressés et, d'après l'habitude clinique du Professeur PARTURIER, nous diviserons les rhumatismes chroniques en trois groupes :

1° *Les péri-arthrites* où on remarque un empâtement des tissus qui avoisinent l'articulation avec souvent contracture des muscles. Nous retrouvons chez le sujet un certain état de « spasmophilie avec agitation, de l'irritabilité nerveuse, de l'insomnie, parfois même un signe de CHVOSTECK et le signe de TROUSSEAU ».

2° *Les arthropathies* dont les lésions sont à point de départ ou à prédominance osseuse. Elles correspondent à des troubles métaboliques consécutifs à un dysfonctionnement glandulaire et où les para-thyroïdes semblent tenir leur large place.

3° *Les arthropathies* à lésions synoviales avec tendance à l'épanchement. Ici nous avons toutes raisons de penser à un état inflammatoire et on retrouve chez les malades une sédimentation globulaire accélérée et une réaction de VERNES à la résorcine positive. Pour ALAJOUANINE et LACAPÈRE la sédimentation globulaire accélérée serait surtout en

rapport avec « l'acuité, la tendance évolutive, le caractère inflammatoire ». La réaction de VERNES positive paraît surtout signer la nature infectieuse du processus. L'une et l'autre baissent à la période cicatricielle où l'évolution s'est terminée par ankylose.

Voilà donc une classification qui a l'avantage d'être claire, elle écarte la forme progressive de CHARCOT et, dans la pratique les résultats thérapeutiques viennent en général justifier cette classification.

Aux arthropathies à lésions synoviales nous essaierons une thérapeutique visant le caractère inflammatoire tels par exemple les sels de mercure. En employant le neptal dans les cas d'hydarthrose G. PARTURIER avait d'abord cru à une simple action diurétique mais même avec le plus banal des sels de mercure (l'oxycyanure) dont l'action est beaucoup moins importante que celle du précédent il a pu voir des hydarthroses céder régulièrement et progressivement pour ne plus reparaître ou tout au moins ne se reproduire que bien longtemps après.

Quant aux péri-arthrites et aux arthropathies osseuses elles sont plutôt en rapport avec des troubles des glandes à sécrétion interne en particulier les parathyroïdes et si WEISSENBACH et FRANÇON ont pu soulager les périarthrites par l'opothérapie para-thyroïdienne, le Professeur PARTURIER fut amené à traiter les arthropathies osseuses par une médication apparemment antagoniste : le sérum éparathyroïdien.

Nous nous attarderons surtout sur les arthropathies osseuses qui forment le vif de notre sujet parce que ce sont elles qui ont le plus de rapport avec la cellulite et surtout parce que ces deux affections bénéficient d'un traitement commun d'une grande efficacité et qui s'appelle le sérum éparathyroïdien.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION SUR UN MÊME TERRAIN DIT ARTHRITIQUE

Il existe toute une série d'états morbides où les mêmes causes produisent des effets différents suivant les sujets. Les sujets réfractaires étant inaptes à subir dans un temps donné l'action morbide dans ses altérations lésionnelles ou de fonction. Non seulement l'organisme peut réagir différemment à une même cause mais il peut aussi résister d'une façon identique à des causes différentes et le vieil adage thérapeutique : « *Naturam morborum curationes ostendunt* » perd de sa valeur. C'est qu'en effet il nous faut tenir compte du terrain.

Paul SAVY dans son « *Traité de thérapeutique clinique* » nous dit : « Certains sujets, en raison d'un état humoral particulier et souvent héréditaire qu'on peut appeler, si l'on veut, l'arthritisme, ce qui est peut-être représenté par l'aptitude spéciale du tissu conjonctif et de ses annexes à répondre à certaines excitations, ont des articulations qui réagissent avec une extrême facilité à des causes agressives synoviales, osseuses, et péri-articulaires. On conçoit dans ces conditions, que toute médication étiologique demeure insuffisante et qu'une thérapeutique modificatrice du terrain humoral doive toujours intervenir ».

Le rhumatisme est une réaction ostéo-articulaire et la cellulite une réaction du tissu cellulaire sous-cutané en rapport avec des troubles de sensibilisation. Ce sont selon l'expression des anciens des « maladies d'origine interne, évoquant l'idée de diathèse, c'est-à-dire, de prédisposition individuelle. Troubles de sensibilisation ; ce mot nous amène au Chapitre de l'anaphylaxie sur lequel nous ne pouvons nous étendre. Retenons seulement que le problème de l'anaphylaxie, sans limite nette touche de près celui de l'idiosyncrasie ou terrain que l'on peut définir ainsi : « Disposition en vertu de laquelle un individu est affecté d'une façon qui lui est propre par les agents d'ordre physiologique ou pathologique qui agissent sur nos organes ».

I. — Rhumatisme et Arthritisme.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on connaît les rapports du rhumatisme et de l'arthritisme. Dans l'antiquité et pendant longtemps le rhumatisme fut confondu avec la goutte. SYDENHAM en établit la distinction en écrivant : « Quand le rhumatisme n'est pas accompagné de fièvre il passe souvent sous le nom de goutte, quoiqu'il en diffère essentiellement comme le savent très bien ceux qui connaissent à fond les deux maladies ». L'ère pastorienne relégua au second plan le rôle des humeurs puis individualisa en un groupe bien modeste les maladies de la nutrition où l'auto-intoxication semblait en cause créant ces états dyscrasiques que l'on appelle l'arthritisme, la goutte, le rhumatisme, l'eczéma.

Actuellement si on connaît un rhumatisme infectieux, il existe également un rhumatisme diathésique — on a opposé la goutte véritable conséquence d'excès alimentaire et le rhumatisme chronique ou « goutte du pauvre » résultat de privations s'accompagnant de mauvais état général et nécessitant essentiellement des médications reconstituantes. Ces deux maladies ont la particularité de se développer sur des anomalies humorales où nous retrouvons des variations anormales dans la composition chimique des humeurs : variations du taux de la cholestérine, de l'acide urique, de l'acide oxalique, du calcium, de l'urée et de certaines substances albuminoïdes. La goutte est si voisine du rhumatisme chronique qu'elle répond comme lui à l'action du sérum éparathyroïdien que nous étudierons ultérieurement.

Interrogeons nos rhumatisants, il ne sera pas rare de retrouver dans leurs antécédents personnels ou héréditaires des crises d'asthme, des migraines, de l'urticaire. L'arthritisme, le tempérament rhumatismal, nous le retrouvons au sein de la famille. Il y a des prédispositions au rhumatisme et comme on l'a écrit très justement : « ne fait pas qui veut un rhumatisme chronique ».

Si on trouve dans certaines polyarthrites une uricémie à plus de 0 gr. 07 pour mille contre 0 gr. 05, si on trouve un excès d'acide urique dont le taux peut doubler, une cholestérinémie qui dépasse 2 grammes, une hyperglycémie à 1 gr. 25, une azotémie à 0 gr. 50, si en plus l'aspect radiographique révèle quelques taches intra-osseuses de nature uratique et si on peut parfois obtenir quelque soulagement par la colchique, alors il n'y a plus de doute, il faut bien admettre une parenté entre le rhumatisme et l'arthritisme.

II. — Cellulite et Arthritisme.

Les premières notions rattachant la cellulite à l'arthritisme ne datent pas d'aujourd'hui. Déjà en 1899 KRIKORTZ fait de la cellulite une manifestation de la diathèse neuro-arthritique, BRALANT nous parle en 1901 de « rouille envahissante » et WETTERWALD reconnaît à l'altération du tissu cellulaire sous-cutané et conjonctif une origine dans les troubles de nutrition communs aux états arthritiques. En 1913 HANRIOT établit un parallélisme entre cellulite et arthritisme. RATHERY fait rentrer la cellulite dans sa classification du rhumatisme et déjà nous connaissons les liens qui unissent le rhumatisme et l'arthritisme.

Dans la thèse de Roger RICOUX « notions actuelles sur la cellulite et son traitement » nous retrouvons à la page 28 que trois circonstances sont incriminées dans le mécanisme d'apparition de la cellulite.

- 1^o Une dysfonction glandulaire ;
- 2^o Les états infectieux ;
- 3^o Certaines circonstances favorisantes.

Nous laisserons de côté les états infectieux qui ne font pas partie du programme que nous nous sommes tracé.

Nous reviendrons plus tard sur la dysfonction glandulaire. Quant aux circonstances favorisantes voici ce qu'en dit RICOUX :

« Bien que nous hésitions à employer des termes aussi vagues que « arthritisme » nous sommes pourtant conduits à le nommer à cause de sa commodité et nous commencerons même l'énumération des circonstances favorisantes de la cellulite par l'arthritisme.

En effet, à la consultation de rhumatologie du Professeur PARTURIER, sur 68 malades atteints de rhumatisme ou de cellulite nous avons trouvé :

- 11 cas de cellulite sans rhumatisme (2 hommes) ;
- 16 cas de rhumatisme sans cellulite (4 hommes) ;
- 41 cas de cellulite et de rhumatisme combinés (5 hommes).

Nous retrouvons presque toujours dans le sang hyperuricémie, hyperoxalémie, hypercholestérinémie.

Le foie fait partie intégrante de ce tempérament dit « arthritique » comme nous le verrons en parlant des rapports du rhumatisme et de la cellulite avec les troubles des glandes à sécrétion interne.

En résumé, rhumatisme et cellulite évoluent sur un milieu spécial qu'on a appelé « prédisposition au sein d'un terrain spécial » Terrain dont nous ne connaissons pas la nature intime, pas plus que nous ne savons le véritable mécanisme d'action des glandes à sécrétion interne. « Ceux qui étudient les phénomènes de la vie sont comme perdus dans une jungle inextricable, au milieu d'une forêt magique dont les arbres innombrables changeraient sans cesse de place et de forme. Ils se sentent accablés sous un amas de faits qu'ils arrivent à décrire, mais qu'ils ne sont pas capables de définir par des formules algébriques ». (Alexis CARREL).

CHAPITRE IV

LE DÉSÉQUILIBRE VAGO-SYMPATHIQUE

Nous ne ferons qu'effleurer ce chapitre parce que nous en retrouverons les éléments chemin faisant au cours de notre étude.

Qu'à l'état habituel règne l'harmonie neuro-végétative, que sympathique et para-sympathique interfèrent leur action, rien de plus normal. Continuellement les deux nerfs s'opposent l'un à l'autre pour un but commun qui est d'entretenir la vie et de défendre l'individu contre les agressions extérieures ou le dérèglement des fonctions organiques.

Qu'un déséquilibre survienne entre les deux systèmes nous aurons affaire à des tempéraments soit sympathicotoniques, soit vagotoniques ou plutôt nous rencontrerons des instables réagissant tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre suivant les circonstances. Ce déséquilibre s'observera surtout : « Chez les sujets qui du fait de l'hérédité, d'un trouble hépatique ou endocrinien, présentent constamment une instabilité du système neuro-végétatif ». Ainsi donc hérédité, troubles endocriniens, déséquilibre vago-sympathique se trouvent associés. Le déséquilibre se manifestera au lieu de moindre résistance de l'organisme. WAMBERGUE dans sa thèse (Contribution à l'étude de la météoropathologie des hépato-biliaires) nous dit : « On voit apparaître des manifestations cutanées (eczéma, urticaire) ou respiratoires (coryza, asthme), tantôt des manifestations cardiaques (crises d'angor) ou rénales (hématurie, hémoglobinurie, albuminurie), articulaires (rhumatisme, goutte), nerveuses (migraine, crise épileptiforme, sciatique). Nous assistons à une rupture de l'équilibre de l'état humoral (choc colloïdo-clasique) avec tendance à la vagotonie.

Pour aboutir à la vagotonie il faut :

ou l'excitation du groupe glandulaire formé par :

- Pancréas,
- Thyroïde,
- Gonades,

ou l'inhibition du groupe glandulaire formé par :

- Foie,
- Parathyroïde,
- Surrénales,
- Hypophyse.

L'urticaire sérique est fréquent chez les hyperthyroïdiens et nous observons un hyperfonctionnement thyroïdien chez un animal en état de choc. L'extrait thyroïdien favorise le choc.

Les crises d'asthme, de migraine, etc... d'origine anaphylactique sont fréquentes au moment des règles par excitation ovarienne.

L'insuffisance protéopexique du foie mettant en circulation dans l'organisme des albumines étrangères peut engendrer un état d'hypermensibilité et donner naissance à une forme spéciale du rhumatisme : Le rhumatisme colloïdo-clasique. Il est vrai que le plus souvent cette insuffisance se manifeste par des troubles fonctionnels légers : urticaire, migraine, etc...

Les extraits parathyroïdiens ont une action empêchante sur les phénomènes de choc sérique ainsi que l'a démontré HAJOS. Le Professeur G. PARTURIER et JAME concluent de leurs expériences au Val-de-Grâce à l'action anti-choc de la parathyrone : Des lapins préparés par injection intra-veineuse de globules rouges de mouton ne succombent pas au cours de nouvelles injections si ces dernières sont précédées d'une injection de parathyrone, tandis que les lapins témoins meurent.

Nous verrons ultérieurement que foie et parathyroïdes sont très sensibles aux variations météorologiques, variations s'accompagnant de choc colloïdo-clasique et rapidement amélioré par l'extrait cortico-surrénal, ce qui se conçoit puisque l'inhibition des surrénales conduit à la vagotonie.

CHAPITRE V

RHUMATISME, CELLULITE ET GLANDES ENDOCRINES

Nous avons vu qu'à la base du rhumatisme et de la cellulite on retrouve l'arthritisme et le déséquilibre vago-sympathique. Nous savons que ces deux états sont en rapport avec un dysfonctionnement glandulaire. Nous allons étudier le rôle des glandes endocrines dans l'apparition du rhumatisme et de la cellulite, ceci à la lumière des découvertes modernes en nous inspirant surtout des travaux et observations du Professeur G. PARTURIER.

Il était tout naturel que des maladies aussi mystérieuses que le rhumatisme chronique et la cellulite orientent les auteurs vers une origine endocrinienne et cela non seulement par idée préconçue mais surtout parce que les dysfonctions des glandes endocrines jouent un rôle dans certaines affections des tissus osseux, cartilagineux et conjonctif. La maladie de DERCUM, le syndrome de FROELICH, le myxoédème ne sont-ils pas les témoins d'une action des glandes à sécrétion interne dans le trophisme du tissu cellulaire ? Et pourtant les diverses thérapeutiques ovarienne, thyroïdienne, hypophysaire, sont généralement vouées à l'échec ; seule une glande peut revendiquer et hautement le droit de guérir le rhumatisme et fait paradoxal, si la parathyrone agit sur certaines formes périarticulaires, c'est le sérum éparathyroïdien qui agira sur d'autres.

I. — Rhumatisme, Cellulite et Gonades.

Rien d'étonnant que le système gonadien soit troublé chez les cellulitiques et on connaît les poussées fréquentes de cellulite à la puberté, au moment des règles, à la suite d'un accouchement, surtout à l'époque

de la ménopause ; il est à noter que la grossesse est sans influence apparente.

Les rapports du rhumatisme et des gonades sont peut-être mieux connus. Quel est le médecin qui n'a pas eu à son cabinet de consultation une jeune fille anémiée, au corps fluet et qui vient parce que ses règles ne réapparaissent par exemple que tous les deux mois. Qu'on l'interroge de près et elle vous dira souvent qu'à chaque retour de règles elle se plaint d'arthralgies des mains et des épaules.

Les poussées de cellulite et de rhumatisme peuvent venir à chaque période menstruelle comme viennent l'asthme, l'urticaire, etc..., et ceci peut s'expliquer parce que à chaque retour des règles, nous voyons des modifications profondes de l'équilibre humoral et de l'équilibre vago-sympathique : nous trouvons en effet le plus souvent de l'acidose, de l'hypercholestérinémie, de l'hypo ou de l'hypercalcémie, de l'augmentation du métabolisme basal et surtout une tendance à la vagotonie. Ne savons-nous pas que le déséquilibre vagosympathique prédispose au choc.

Mais c'est surtout à la ménopause qu'apparaîtront les formes les plus graves de la cellulite et du rhumatisme ; c'est à cette époque qu'apparaîtra la polyarthrite chronique d'allure diathésique dont le processus inflammatoire semble nul et dont l'évolution faite d'alternatives d'aggravation et de rémission aboutit un jour à l'impotence complète, au confinement à la chambre ou au lit.

« La ménopause autour de 47 ans, dit M. P. WEILL¹, est une longue période de transition, d'instabilité fonctionnelle durant laquelle l'organisme à la recherche d'un équilibre nouveau sera particulièrement sensible à tous les facteurs de déséquilibre ».

Dans 75 % des cas le métabolisme basal est perturbé (2 fois sur 3 dans le sens de la diminution).

Dans 80 % des cas la réserve alcaline est diminuée ; rupture de l'équilibre phospho-calcique avec hypocalcémie, variation du PH sanguin et urinaire. Cette dysfonction glandulaire entraîne en même temps que des troubles humoraux un déséquilibre vago-sympathique réalisant « une véritable hyper-sensibilité aux fixations toxiques en même temps qu'un état particulièrement favorable à la production des chocs de tout ordre et aux sensibilisations anaphylactiques ».

1. « Le rhumatisme de la ménopause » (*Journal Médical Français*, mars 1928, M. P. WEILL).

Nous avons vu, que si la femme pouvait présenter quelques troubles rhumatoïdes ou cellulitiques à la puberté elle était vouée à des affections bien plus sérieuses à l'époque de la ménopause. Pour l'homme les choses sont différentes, s'il fait progressivement un rhumatisme chronique au cours de sa vie nous ne saisissons pas aussi facilement les liens qui unissent gonades et rhumatisme. Par contre nous verrons chez l'adolescent des accidents plus sérieux que chez la femme : migraines, épistaxis, furonculose, eczéma, urticaire et même ictère catarrhal. Pourquoi ces différences ? C'est ce que nous allons tenter d'expliquer.

Ce sont les travaux de MARANON sur les états intersexuels, et l'évolution de la sexualité qui nous permettrons d'élucider ce problème.

L'embryon humain présente à son origine la bi-sexualité parfaite, ce n'est qu'au fur et à mesure de l'évolution que l'un des deux systèmes glandulaires testicule ou ovaire surpassera l'autre. Le système surpassé n'en continue pourtant pas moins à vivre et à sécréter. On peut donc schématiser ainsi l'évolution des caractères sexuels :

État sexuellement infantile ou féminin.

État sexuel féminin parfait puis la masculination ou virilation représente le terme ultime avant la sénilité.

Ainsi donc l'état de féminité n'est qu'un stade imparfait dans le développement de l'organisme tandis que la virilité est le terme vers lequel tendent l'adolescence et la féminité.

Au moment de l'installation des règles nous voyons que chez la femme certains caractères sexuels secondaires tels que le squelette sont très peu modifiés, par contre chez l'homme se produisent de grandes modifications : c'est l'élargissement du diamètre bi-acromial, la diminution du tissu adipeux sous-cutané, le développement du système pileux, les modifications du caractère, de la voix, etc... Rien d'étonnant alors que les troubles de l'adolescent soient plus importants que ceux de la femme à l'apparition des premières règles.

A la ménopause l'hormone principale, l'hormone féminine va s'affaiblir dans des proportions notables, une lutte va s'établir entre l'hormone féminine qui a si bien rempli son rôle pendant toute la vie génitale de la femme et l'hormone antagoniste qui n'a jamais cessé d'être sécrétée. Et la femme se trouve aux prises avec une véritable crise se manifestant par des troubles du système endocrinien, du tonus vago-sympathique et de l'équilibre humoral. C'est ce qu'exprime M. PARTURIER quand il

dit que le rhumatisme affectionne le passage du stade féminin au stade viril de MARANON : puberté chez l'homme, ménopause chez la femme.

Pour l'homme, au déclin de sa vie génitale il n'y a plus rien sauf cette loi de la nature que l'on appelle la sénescence. Comme on l'a dit, chez lui « c'est plus un déclin qu'une crise ». L'homme passe insensiblement à l'arrêt de la sécrétion gonadienne aussi ne retrouvons-nous pas chez lui le rhumatisme et la cellulite de l'âge critique que nous retrouvons chez la femme à l'époque de la ménopause.

Après la ménopause, la femme rejoint l'homme dans l'involution sénile-générale, c'est une déchéance de toutes les grandes fonctions (on vieillit par tous les bouts, progressivement, sinon absolument simultanément (LANGERON).

II. — Rhumatisme, Cellulite et Hypophyse.

« Glande maîtresse de l'organisme, dit RIVOIRE, il semble que ce ne soit pas pour rien que l'hypophyse apparaît si précocement dans l'évolution animale, qu'elle est la première glande différenciée au cours du développement de l'embryon, qu'elle est si solidement protégée dans sa selle osseuse ».

On connaît dans la littérature quelques affections rhumatismales au cours de syndromes acromégaliques et c'est MAY qui décrivant le « rhumatisme vaso-moteur » se demande si dans ce cas l'hypophyse n'entre pas en jeu.

Mais rhumatisme, cellulite et hypophyse ont encore d'autres rapprochements :

1^o l'hypophyse intervient au plus haut point dans le développement du squelette. Si, chez le jeune individu, l'accroissement du squelette se fait en hauteur, chez l'adulte il ne peut se faire qu'en largeur et, comme l'ont écrit BRISSAUD et MEIGE : « l'acromégalie est le gigantisme de l'adulte et le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent ».

En plus l'hypophyse intervient dans le trophisme du tissu cellulaire sous-cutané : « Il est incontestable, dit RIVOIRE (les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie) qu'un centre régulateur de l'assimilation des graisses existe dans l'infundibulum puisque une lésion isolée de cet organe provoque chez l'animal une adiposité considérable, et qu'un syndrome adipeux s'observe souvent chez l'homme comme séquelle

d'une infection du mésencéphale. Mais le lobe antérieur de l'hypophyse joue cependant lui aussi un rôle dans le métabolisme des graisses puisque le syndrome adiposo-génital est presque toujours lié à une tumeur hypophysaire.

2^o L'hypophyse entre en synergie avec tout le système endocrinien dont elle en est « la clef de voûte », expérimentalement l'ablation du lobe antérieur qui à lui seul donne naissance à cinq ou six hormones entraîne un état de cachexie progressive avec tendance à l'atrophie des : thyroïde, parathyroïdes, thymus, cortico-surrénales. Cliniquement les maladies de CUSCHING et de SIMMONDS atteignant à la fois plusieurs glandes sont vraisemblablement d'origine hypophysaire. Nous connaissons aussi l'action de l'hypophyse sur les glandes génitales et inversement l'action des secondes sur la première à toutes les périodes de la vie génitale féminine. C'est ASCHEIM et ZONDECK qui, implantant journellement des fragments de lobe antérieur d'hypophyse dans les muscles de souris impubère ont remarqué un développement rapide de l'ovaire, des follicules de DE GRAAF et leur transformation accélérée en corps jaune avec comme conséquence une sécrétion prématurée de folliculine et de lutéine. Et ce sont les hormones gonatropes A et B de l'hypophyse qui assurent le développement et le fonctionnement des glandes sexuelles ou gonades. L'hypophyse pourrait donc jusqu'à un certain point être responsable des poussées de cellulite et rhumatisme si fréquentes aux différentes périodes de l'activité génitale ; malgré tout les extraits hypophysaires n'exercent aucune action appréciable sur la cellulite ou les rhumatismes.

III. — Rhumatisme, Cellulite et Thyroïde.

Le rôle de la thyroïde sur ces deux affections est plus connu et peut être aussi assis sur des bases plus solides que celui de l'hypophyse. Il suffit de relire les observations de rhumatisme et de cellulite prises consciencieusement et minutieusement pour trouver chez le malade assez fréquemment des troubles de dysfonction thyroïdienne. D'ailleurs on connaît des cas où une maladie de basedow au début entraîne une amélioration des arthropathies ; et c'est ACCHIOTE qui rapporte un cas de guérison par l'opothérapie spécifique.

Nous savons l'action de la thyroïde sur le squelette et nous con-

naissions l'aspect « en boule » de l'enfant hypothyroïdien avec grosse tête, gros corps, et petits membres. C'est le ralentissement marqué de la croissance des os longs qui donne cet aspect caractéristique. Nous n'avons pas besoin d'insister sur le rôle de la thyroïde dans le trophisme du tissu cellulaire sous-cutané. Tout le monde connaît l'obésité des hypothyroïdiens et la maigreur des basedowiens.

Et pourtant la thyroïde mérite de nous arrêter un peu plus longuement. Nous avons vu précédemment que le rhumatisme et la cellulite s'établissaient sur un milieu d'élection fait d'hérédité, de déséquilibre humoral et vago-sympathique et la thyroïde contribue largement à l'édification de ce terrain d'instabilité.

Déséquilibre vago-sympathique :

Qu'il nous suffise de noter ici chez les dysthyroïdiens :

les modifications du réflexe oculo-cardiaque,

les crises sudorales,

le signe de MARANON : un frottement léger du cou chez les goitreux entraîne une vaso-dilatation au niveau de la projection cutanée du corps thyroïde. Il est à noter que cette vaso-dilatation est parfois remplacée par une vaso-constriction (Signe de MARANON inverse).

C'est encore au déséquilibre vago-sympathique qu'appartiennent les crises de diarrhée des basedowiens : diarrhée brusque, sans cause apparente, abondante, indolente, longtemps rebelle aux diverses thérapeutiques.

Troubles humoraux et métabolisme :

Nous avons vu les troubles du métabolisme des graisses et nous n'avons pas à insister sur les variations du métabolisme de base mais les troubles de la cholestérinémie méritent d'attirer notre attention. (Variations de la cholestérinémie chez les thyroïdiens P. M. 27 février 1929). L'exemple suivant pris dans « Les Syndromes hépato-endocriniens » de PARTURIER met en relief les variations du taux de la cholestérine avec l'état fonctionnel de la thyroïde.

Une malade de Guy LAROCHE passe :

de { Métabolisme basal + 67 %,
 { Pouls 112,
 { Cholestérinémie de 1 gr. 63 %,

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Métabolisme basal} + 21 \text{ puis} + 5 \% \text{ et même} \\ \text{— } 24 \% \\ \text{à } \left\{ \begin{array}{l} \text{Pouls } 72, \\ \text{Cholestérinémie } 2 \text{ gr. } 72 \%, \end{array} \right. \end{array} \right.$$

si bien que nous trouvons de l'hypercholestérinémie chez les hypothyroïdiens.

Le déséquilibre humoral des dysthyroïdiens nous amène à dire ici un mot des états de sensibilisation si bien étudiés par TZANK. On connaît l'urticaire des hyperthyroïdiens et les réactions d'hyperfonctionnement de la thyroïde chez un animal en état de choc. Léopold LEVY nous parle de l'action désensibilisante de la thyroïde à petite dose et G. PARTURIER assimile la thyroïde à un organe de défense qui viendrait seconder le foie dans sa fonction antitoxique.

Enfin nous retrouvons avec la thyroïde cette grande loi de la synergie endocrinienne qui n'excepte aucune glande. Si la thyroïde ne peut occasionner elle-même directement un rhumatisme ou une cellulite elle ne reste pas tout à fait étrangère à l'apparition de ces deux affections. La thyroïde prépare le terrain et connaissant les rapports si étroits qui unissent d'une part thyroïde et glandes génitales, d'autre part glandes génitales, rhumatisme et cellulite il nous faut tenir compte de cette glande bien que le traitement thyroïdien n'ait jamais guéri un rhumatisme ou une cellulite.

Une observation curieuse du Professeur G. PARTURIER prise dans le *Bulletin de la Société de Thérapeutique* (9 décembre 1936) montre l'erreur d'attribuer à la thyroïde un rhumatisme d'origine parathyroïdienne :

« M^{me} B..., 49 ans.

Deux enfants, une fausse couche, ménopause en évolution depuis 6 mois, se plaint de céphalées qui vont en s'intensifiant depuis 3 ans, de bouffées de chaleur, et en outre, de douleurs articulaires dans les membres, dans l'abdomen et au niveau du cou. Un médecin récemment consulté a conclu à une hypertrophie du thyroïde et prescrit de l'iodothyroïdine. En effet la base du cou s'évase largement, mais la palpation du thyroïde ne permet de percevoir qu'une glande souple de volume normal.

Par contre, une énorme infiltration cellulitique recouvre les régions latérales du cou, descend de la nuque par-dessus les sterno-cléio-mastoïdiens, jusqu'aux régions sus-claviculaires, sus-sternales. Les « céphalées » à localisation occipitale et cervicale postérieure, le syndrome pseudo-thy-

roidien (*Pas de signes oculaires*, p. 72, T. A. 11-5) auquel se joint un syndrome pseudo-viscéral sont de nature cellulitique. Il s'y joint un syndrome d'arthrite sèche à la colonne vertébrale, aux genoux et à l'épaule droite. »

IV. — Rhumatisme, Cellulite et Foie ¹.

Fait paradoxal, si le foie fut avec Claude BERNARD le véritable berceau de l'endocrinologie, il se vit refuser bien longtemps le nom de glande endocrine parce qu'on n'avait pas trouvé chez lui de sécrétion hormonale. Certes on savait, et Paul SAINTON nous le répète dans la préface des « Syndromes hépato-endocriniens » de PARTURIER, que le foie « intervient dans l'élaboration des protides, qu'il arrête les grosses molécules albuminoïdes, joue un rôle dans la formation du plasma, dégrade les amino-acides, fait les remaniements chimiques importants qui aboutissent à la synthèse de l'urée. Il agit sur le métabolisme des graisses, joue un rôle dans la fonction martiale, fabrique le fibrinogène et élabore un principe anti-anémique ».

En 1934, MARANON et COLLAZO déduisent de leurs expériences l'existence au niveau du foie d'un principe régulateur de la cholestérine. Désormais le foie trouvait sa grande place au milieu de tout le système endocrinien. Foie, Glande endocrine, parce que sécrétant une hormone proprement dite.

Comme les autres glandes, le foie obéit à la synergie endocrinienne car lancer une hormone dans la circulation c'est par le fait même s'attaquer au clavier endocrinien et mettre en jeu toutes les glandes qui répondront à leur manière et d'une façon plus ou moins évidente. Il y a plus : le foie surtout obéit à la synergie endocrinienne et PARTURIER dans ses « Syndromes hépato-endocriniens » nous dit : « aucun organe plus que le foie peut-être, n'a le don quand son jeu est déréglé, d'entraîner le désordre d'autres glandes et d'autres systèmes dont la physiologie est directement ou indirectement liée à la sienne, et inversement aucun n'est davantage exposé à recevoir le contre-coup de leurs dysfonctions ».

Le rôle du foie dans l'apparition du rhumatisme et de la cellulite n'est pas un vain mot. Il suffit de relire les observations ou de faire appel à la pratique journalière pour se rappeler que bon nombre de rhuma-

1. Professeur G. PARTURIER, *Foie et Parathyroïdes*, Vigot, 1936.

tiasnts présentent en outre des troubles hépato-biliaires. Ce sont tantôt des crises hépatiques franches ou de la cholécystite chronique, tantôt des poussées d'hépatite, tantôt des troubles dyspeptiques d'origine hépato-biliaire.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on connaît la place du foie dans l'étiologie du rhumatisme. C'est en 1895 que GILBERT, FOURNIER et LEREBOULLET ont reconnu une origine hépatique à certains cas d'oligo ou polyarthrites sub-aiguës. Ils signalent des arthropathies apparaissant en plein milieu de syndromes cirrhotiques ou de cholémie familiale établissant ainsi l'idée d'un rapport possible entre la toxi-infection d'origine hépato-biliaire et tout un groupe d'arthropathies. Le rôle du foie dans la genèse du rhumatisme semble prendre plus d'importance au fur et à mesure des découvertes scientifiques. HENCH (*Annals of internal medicine*, avril 1934) rapporte les observations de 16 malades qui souffrant de douleurs articulaires ou sciatiques présentèrent une hépatite toxique consécutive à l'ingestion excessive de médicaments calmants à base de cincophène. Voyons ce que devinrent ces malades.

Chez 14 d'entre eux et coïncidant avec le début de l'ictère, les douleurs s'atténuaient ou disparaurent même pour un temps plus ou moins long.

Sur 6 cas présentant un gonflement articulaire 5 sont améliorés notablement.

5 sujets restèrent sans douleur 2 semaines à 6 mois après la disparition de l'ictère.

4 d'entre eux qui succombèrent à leur hépatite ne ressentirent jusqu'à leur mort aucune douleur articulaire.

Il est à noter que dans un cas la sédation de la douleur ne fut observée que pendant la durée de la jaunisse.

Il est intéressant de signaler que 2 de nos sujets n'étant atteints que d'un ictère très léger ne ressentirent aucune sédation des phénomènes douloureux.

Le Professeur G. PARTURIER qui a longuement étudié la question du rhumatisme dans ses rapports avec les troubles hépato-biliaires distingue :

1° Les rhumatismes infectieux d'origine hépato-biliaire, conséquence d'un envahissement septique des voies biliaires. « Les douleurs hépato-biliaires irradiant classiquement vers le « haut », atteignent et se fixent en particulier à l'épaule qui peut ou non présenter des craquements

d'arthrite sèche : Forme algique, forme polyarthrite chronique de ces manifestations d'interprétation rhumatismale plausible et d'origine bilio-septique probable sur lesquelles WEISSENBACH et FRANÇON ont, récemment encore, insisté. »

2° Les rhumatismes non infectieux d'origine hépato-biliaire comprenant eux-mêmes :

a) Les rhumatismes colloïdo-clasiques, véritable conséquence d'une insuffisance de la fonction protéopexique du foie.

Des albumines alimentaires insuffisamment désintégrées non retenues par un barrage hépatique déficient peuvent passer dans la circulation générale, réaliser chez l'individu un phénomène d'hypersensibilisation et l'organisme trop bien armé pour sa défense réagira à chaque nouvelle apparition protéinique par un phénomène de choc variable pour chaque individu. Si les uns auront de la migraine, de l'urticaire, de l'eczéma, voire même une crise de coliques hépatiques, d'autres localiseront le choc au niveau des jointures réalisant ce que l'on est convenu d'appeler un rhumatisme colloïdo-clasique.

Généralement ces rhumatismes se limitent à quelques douleurs, simples arthralgies parfois associées à du prurit, de l'eczéma, des migraines, de l'urticaire ou des troubles dyspeptiques.

On peut trouver aussi de véritables fluxions articulaires comme l'ont montré NIEL, BESANÇON, M. P. WEILL et VIOLLE. Fluxions éphémères ne durant guère plus qu'un œdème de QUINCKE et disparaissant sans laisser de traces.

b) Les rhumatismes dystrophiques : Ici ce n'est plus la synoviale qui est atteinte ; c'est une ostéo-arthrite d'emblée évoluant parfois sans douleur, frappant davantage l'os que l'articulation. Aucune donnée n'est en faveur d'une origine infectieuse : ni hyperleucocytose, ni sédimentation globulaire exagérée, ni réaction de VERNES positive. Par contre nous trouvons des anomalies chimiques touchant les protéines sanguines, le métabolisme de l'urée, du calcium, etc...

Nous connaissons des cas d'arthropathies goutteuses où l'hyperurémie plasmatique et globulaire, l'hyperoxalémie, l'hypercholestérimie, l'azotémie légère et l'hyperglycémie modérée concordent avec l'augmentation de volume du foie et l'hyperbilirubinémie. C'est dans ces cas que la médication hépatique et cholagogue peut donner une grande amélioration des signes articulaires.

V. — Rhumatisme, Cellulite et Parathyroïdes.

Plus que toute autre glande les parathyroïdes ont droit de cité dans ce travail et c'est au Professeur PARTURIER que revient le mérite d'avoir exploré la richesse thérapeutique insoupçonnée de ces glandes minuscules

A. — *Historique.*

1^{re} étape : origine parathyroïdienne des crises de tétanie.

De 1882 à 1889 REVERDIN et KOCHER remarquèrent, à la suite de thyroïdectomie pour goitre l'apparition d'un syndrome convulsif spécial qu'ils appelèrent tétanie strumipriva ou myxœdème aigu post-opératoire. GLEY démontre que ce syndrome tétanique est dû à une lésion des parathyroïdes au cours d'une opération trop large.

2^e étape : Rôle des parathyroïdes dans le métabolisme du calcium.

En 1905 QUEST reconnaît l'hypocalcémie des tétaniques.

En 1906 ERDHEIM fait de l'hypertrophie adénomateuse des parathyroïdes une conséquence de l'hypercalcémie. (Théorie de l'hypertrophie de travail).

En 1909 MAC CALLUM et VOEGTLIN étudient la fonction de régulation calcique des parathyroïdes.

3^e étape : Découverte de l'hormone parathyroïdienne. Le physiologiste canadien J.-B. COLLIP prépare et isole un extrait parathyroïdien capable de traiter les accidents tétaniques qui jusqu'alors n'étaient combattus que par les sels de chaux. Cette hormone est même capable de réaliser une hyperparathyroïdie expérimentale.

4^e étape : Mise au point de la thérapeutique parathyroïdienne et découverte du vaste champ d'action des parathyroïdes.

MOUTIER et CAMUS emploient l'hormone parathyroïdienne dans les ulcus gastriques.

WEISSENBACH et FRANÇON dans le rhumatisme chronique — LERICHE, LAIGNEL, LAVASTINE, VALDIGUÉ et BOUCARIE dans les états anxieux.

Le Professeur PARTURIER depuis 1922 emploie systématiquement l'hormone parathyroïdienne dans les affections spasmodiques ou qui lui semblent se rattacher à un trouble du métabolisme calcique.

5^e étape : Traitement de l'hyperparathyroïdie par le sérum éparathyroïdé de PARTURIER : sérum obtenu par saignée d'un animal après parathyroïdectomie au cours de la crise de tétanie.

De cet exposé historique rapide retenons surtout que les troubles du métabolisme calcique restent la caractéristique essentielle de la dysfonction parathyroïdienne.

B. — *Hypoparathyroïdie.*

L'hypoparathyroïdie déterminée soit expérimentalement soit par insuffisance parathyroïdienne engendre l'hypocalcémie et se manifeste cliniquement soit par des troubles spasmodiques généralisés (tétanie) ou localisés (ex. syndromes spasmodiques abdominaux), soit par des troubles psychiques (dépression, anxiété), soit par des troubles des organes des sens fonctionnels (visuels, auditifs), organiques (cataracte, otite moyenne scléreuse) ou encore par certaines formes du rhumatisme qui sont améliorées par l'hormone parathyroïdienne. WEISSENBAUGH et FRANÇON ont étudié tout particulièrement ces rhumatismes. En voici une observation du Professeur PARTURIER ¹ :

« M^{lle} L..., âgée de 53 ans, ménopausée à 50 ans, hépato-vésiculaire héréditaire, a souffert de crises douloureuses, surtout dès 40 ans, et a été opérée à 46 ans de cholécystectomie pour vésicule infectée, atrophique et calculeuse, appendicectomie simultanée.

Les douleurs sous-hépatiques ont persisté et depuis 1928 s'accompagnent de fièvre (38°5) et de poussées articulaires.

Primitivement toutes les jointures étaient plus ou moins prises avec une ankylose à peu près complète des genou, coude et épaule du côté droit. Ces articulations présentent peu de déformations apparentes, mais à la palpation les tissus péri-articulaires paraissent indurés et plaqués sur le squelette, que la radiographie et l'examen du Docteur OZINCZYK trouveront normal.

Ces articulations sont ankylosées et toute tentative de mobilisation se heurte à une rigidité absolue incapable qu'elle est de vaincre la flexion ou l'extension et ne réussissant qu'à provoquer de vives douleurs avec contracture des muscles péri-articulaires.

Le reste de l'examen révèle un subictère léger, un foie un peu gros et sensible, un degré accentué de ptose abdominale et de maigreur. La pâleur des téguments et des muqueuses laissait supposer une légère anémie

1. Thèse de Beauvais. Contribution au traitement de certaines formes de rhumatismes chroniques.

que n'a pas confirmée l'examen du sang. La tension artérielle était de 11-5.

En juin 1932 un essai de traitement au cyanure de mercure, tout en améliorant l'état général et les fonctions digestives, détermine une violente poussée articulaire en particulier au coude, poignet et genou du côté gauche jusque là indemnes.

En juillet, préoccupé de soutenir l'état général et dans l'appréhension d'une nature tuberculeuse possible, on pratique des injections de la solution de JACOBSON. Amélioration relative de l'état général, aucune action articulaire, mais le coude gauche devient douloureux et tend à s'ankyloser.

En août, inefficacité de l'allocrysine comme du soufre colloïdal, puis, vers la fin de ce même mois, en même temps que nous prescrivons l'hépatrol, on institue un traitement à l'extrait parathyroïdien. Amélioration rapide avec atténuation des douleurs articulaires. Dans les mois suivants et jusqu'en mars 1933 les mouvements augmentent d'amplitude, l'état général se relève, la tension est de 11-5 $\frac{1}{2}$. A cette époque, à la suite d'un écart de régime : crise de coliques hépatiques avec rechute de son état rhumatismal sur le coude droit et les deux poignets.

Jusqu'en décembre 1934 son état d'amélioration s'affirme. A cette époque elle fait plusieurs séries de sérum éparathyroïdien.

Dès ce moment, si son état général continue à se remonter on voit apparaître un syndrome de dépression psychique avec tendance progressive à la mélancolie.

Les douleurs articulaires réapparaissent avec une diminution de l'amplitude des mouvements, on remplace alors le sérum par la parathyrone à raison de dix unités tous les deux jours. Dès ce moment l'amélioration est rapide et progressive et en décembre 1935 nous revoyons cette femme en pleine santé, avec une démarche et des mouvements complètement libres. »

En résumé, il s'agissait d'une forme où prédomine l'infiltration et la densification des tissus péri-articulaires. Seul l'extrait parathyroïdien pouvait amener une amélioration tandis que le sérum éparathyroïdien déterminait une aggravation immédiate et même l'apparition d'un syndrome psychique à forme mélancolique.

Il est à noter que l'hypoparathyroïdie peut exister à l'état latent et ne se déceler que par certaines manœuvres qui révèlent l'hyperexcitabilité mécanique des nerfs périphériques et des muscles :

- Signe de TROUSSEAU.
- Signe de CHOVSTECK.
- Signe des paupières.

Ainsi donc l'hormone parathyroïdienne a un vaste champ d'action et le Professeur PARTURIER l'expérimentant à la fois sur l'homme et les animaux nous dit : « Nos recherches de clinique thérapeutique se sont en effet orientées sur des données bien établies de physiologie : l'influence des parathyroïdes sur la nutrition des os et peut-être des articulations, la tétanie qui apparaît comme conséquence de la parathyroïdectomie. Par une déduction simpliste, discutable, mais qui risquait d'être féconde, nous avons agi comme si ces vérités expérimentales avaient eu leur exacte application en clinique, comme si le rhumatisme était une maladie osseuse, comme si tout phénomène de spasme pouvait se rapprocher de près ou de loin à la tétanie.

C. — *Hyperparathyroïdie.*

Par de fortes injections de parathormone, COLLIP, CLARK et SCOOT font monter le calcium sanguin jusqu'à 200 milligrammes.

En fait l'hyperparathyroïdie s'accompagne généralement d'hypercalcémie et se manifeste surtout par des signes osseux ou ostéo-articulaires.

Voici d'ailleurs un bref rappel des principaux syndromes hyperparathyroïdiens :

L'ostéo-malacie : avec ramollissement du squelette et calcification aboutissant à des déformations invraisemblables et à des distorsions dont la gravure de MORAND en 1752, peut donner une idée.

L'ostéite fibro-kystique de RECKLINGHAUSEN que ERDHEIM qualifiait d'ostéo-malacie associée à une hypertrophie parathyroïdienne. Nous retrouvons dans cette affection :

Hypercalcémie (le chiffre de la calcémie dépassant 0 gr. 100 milligr. par litre de sérum).

Hypophosphorémie,

Hypercalciurie,

Hyperphosphaturie.

Décalcification des os,

Hypotonie musculaire,

Hypoexcitabilité neuro-musculaire.

Au point de vue anatomo-pathologique ce dernier syndrome est « lié en clinique humaine à un adénome généralement unique des parathyroïdes » ; il consiste en lésions osseuses diffuses et progressives.

1) Destruction (ostéoclasie) par les myéloplaxes du tissu osseux, de la moelle vers la périphérie, le tissu osseux détruit est remplacé par du tissu fibreux.

2) Décalcification des zones épargnées par l'ostéoclasie.

3) Reconstruction osseuse périphérique, désordonnée, par du tissu ostéoïde.

Ce processus aboutit à un remaniement important des os : ils se trouvent élargis, semés de tumeurs, de kystes qui alternent avec des zones de transformation fibreuse (maladie fibro-kystique), se fracturent spontanément ¹.

La preuve que la maladie est bien d'origine hyperparathyroïdienne en est donnée par l'historique même — ERDHEIM pensait que l'hypertrophie parathyroïdienne était secondaire aux lésions osseuses ; partant de ce principe MANDL essaye chez un de ses malades une greffe parathyroïdienne qui ne fut suivie d'aucun succès. Il n'obtint la guérison de son malade que par ablation de l'adénome. L'observation vaut d'être rapportée : tout au moins brièvement :

« Homme de 35 ans souffrant de fatigue et d'affaiblissement depuis 5 ans. Des douleurs apparaissent dans les hanches et une radiographie montre des images typiques d'ostéite fibreuse généralisée au bassin, des fémurs, des tibias, parsemées de plages claires.

Après échec des greffes parathyroïdiennes on décide la parathyroïdectomie. La tumeur est enlevée le 30 juillet 1925. Histologiquement il s'agit d'un tissu parathyroïdien typique.

L'amélioration des douleurs fut très rapide. En 1929 :

Les douleurs osseuses ont disparu.

Le squelette est entièrement consolidé.

La marche est facile et la force musculaire normale.

Les radiographies montrent une fixation des lésions au point où elles étaient au moment de l'intervention et une recalcification :

Calcémie : 130 à 140 milligrammes.

Calciurie : 264 à 300 milligrammes par 24 heures ² ».

— La maladie de PAGET qui offre de nombreux rapprochements avec la maladie de RECKLINGHAUSEN mais ne présente pas de cavités kystiques et rarement de l'hypercalcémie.

1. G. PARTURIER, *Syndromes hépato-endocriniens*.

2. Conférence faite dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Philibert (Professeur COURTY) à l'occasion des journées médicales de la Faculté Libre (juin 1934).

— La sclérodémie : affection curieuse et relativement rare caractérisée par l'épaississement, l'induration du derme et de l'hypoderme et due à une charge calcique anormale de la peau. Le plus souvent il y a hypercalcémie.

— Les chéloïdes qui s'accompagnent généralement d'hypercalcémie.

— Le sclérème qui fut longtemps considéré d'origine hypoparathyroïdienne. En réalité l'hormone parathyroïdienne n'améliore pas mais crée le sclérème (LERICHE 1930). — « Si le sclérème est lié à une hyperparathyroïdie on doit pouvoir le produire par des injections d'hormone parathyroïdienne et c'est ce que nous avons observé sur le lapin, avec le Professeur PAGET de Lille : lésions cliniques de sclérodémie étudiées histologiquement par le Professeur DELATTRE.

Du sclérème, affection assez rare, nous pouvons rapprocher les infiltrations cutanées et sous-cutanées actuellement décrites sous le nom de cellulite et auxquelles Guy LAROCHE consacre d'importants travaux » (Professeur PARTURIER).

— La cellulite et le rhumatisme chronique : nous y reviendrons ultérieurement ; rappelons seulement qu'il existe également des rhumatismes par hypothyroïdie.

Ainsi donc « de tous les troubles métaboliques, celui du calcium caractérise le plus curieusement la dysfonction parathyroïdienne. Il est à la parathyroïde ce que le métabolisme du sucre est à l'hétopancréas. » (Professeur G. PARTURIER).

D. — Métabolisme du Calcium.

Le lait, le beurre, le fromage, les œufs, les légumes verts, les amandes, les noix, fournissent les quantités de calcium nécessaires aux besoins normaux de l'organisme.

Une partie du calcium ingéré est transformée par l'alcalinité du milieu intestinal en phosphates, en savons calcaires, en lactates et en carbonates.

La ration de calcium nécessaire à l'adulte est d'environ un gramme par jour. L'enfant en période de croissance et la femme enceinte ou qui allaite ont besoin d'une ration plus forte.

L'excrétion du calcium se fait par les reins (l'excrétion rénale étant

chez un individu normal d'environ 0 gr. 25 par jour) et par le tube digestif (salive, suc gastrique, suc pancréatique, bile, intestin grêle et surtout gros intestin).

Le taux du calcium sanguin chez l'homme se maintient relativement fixe qui est de 90 à 110 milligr. par 1.000 cm³ de sérum.

On peut identifier dans le sang trois formes de calcium ; un échantillon de sérum soumis à une épreuve d'ultra-filtration montre que 30 à 40 % du calcium sanguin est retenu par la membrane filtrante. (On pense qu'il s'agit de calcium non diffusible fixé sur un noyau protéique). Le reste, 60 à 70 % de la teneur normale du sang en calcium traverse les ultra-filtres mais des mesures électro-métriques montrent qu'une partie de ce calcium diffusible est constituée par des ions calciques libres.

Le calcium protéique et les ions calciques ne semblent guère modifiés par l'hormone parathyroïdienne. Seul le calcium diffusible et non ionisé paraît influencé par elle.

A poids égal les os renferment mille fois plus de calcium que le sang. Le calcium osseux n'assure pas seulement la résistance et la rigidité du squelette, c'est aussi un calcium de réserve où l'organisme emmagasine pour y puiser constamment les rations nécessaires.

Le calcium augmente la tonicité et l'excitabilité des fibres lisses des parois vasculaires et des fibres striées du myocarde ; il diminue la tonicité des fibres lisses de l'intestin. Il est modérateur de l'excitabilité neuro-musculaire d'où accès de tétanie, signe de CHOVSTECK, phénomène de TROUSSEAU etc... dans l'hypocalcémie ; au contraire il y a toujours hypotonie musculaire dans les hypercalcémies franches. Signaux en passant le rôle du calcium dans la coagulation du sang.

L'hormone parathyroïdienne empruntant le calcium au réservoir osseux pour le diriger vers les émonctoires, l'injection d'hormone et l'hyperparathyroïdie peuvent aboutir à une série de troubles dus à deux causes principales : d'une part décalcification progressive du squelette par soustraction exagérée d'éléments minéraux, d'autre part encombrement calcique du sang et élimination surabondante de sels de chaux. L'hypercalcémie est inconstante parce que le calcium ne faisant en somme que traverser le courant sanguin, son élimination peut être suffisamment rapide pour empêcher toute accumulation dans le sang. D'autre part toute hypercalcémie n'indique pas nécessairement

un état hyperparathyroïdien. « Le dosage du calcium circulant ne fournit à priori aucun renseignement sur la destination de ce calcium : est-ce du calcium qui est charrié vers le squelette, pour être mis en réserve, ou est-ce du calcium qui est charrié vers les émonctoires pour être éliminé ? » (Professeur DEBAISIEUX).

Mieux vaut établir la différence entre le calcium ingéré et le calcium excrété autrement dit étudier le bilan calcique.

Le Professeur PARTURIER a étudié longuement le rôle de l'hormone parathyroïdienne libérant le calcium osseux pour l'évacuer vers les émonctoires : le foie (une des origines de la lithiase biliaire), l'intestin (lithiase intestinale), les reins (lithiase rénale), la peau et les téguments (sclérodémie, cellulite) et voici ce que disent LERICHE et JUNG citant un cas de lithiase rénale guérie par parathyroïdectomie :

« L'hyperparathyroïdisme crée toujours une maladie générale. On aurait tort de croire qu'il est réductible à une maladie osseuse. La libération excessive du calcium squelettique peut, en effet, avoir des retentissements cutanés, musculaires, artériels. Elle en a sur l'appareil rénal. Presque tous les hyperparathyroïdiens sont des hypercalciuriques. Parfois, l'élimination anormale du calcium, au niveau des reins, produit une sorte de néphrose avec ou sans lithiase qui peut se compliquer d'infection. D'ores et déjà, il faut faire remarquer que toute lithiase rénale devrait être désormais systématiquement étudiée au point de vue parathyroïdien... »

E. — Rhumatisme et Hypoparathyroïdie.

WEISSENBACH et FRANÇON expérimentant la parathyrone au cours du rhumatisme chronique observèrent des améliorations et même des guérisons mais les résultats étaient inégaux. Pour eux justifiaient un traitement à la parathyrone « les formes de rhumatisme chronique progressives dans lesquelles existent ou dominent la densification, l'infiltration et la rétraction fibreuse et scléreuse ». Les améliorations s'observent surtout sur un terrain spécial où l'on retrouve l'exagération des réflexes tendineux, de l'instabilité nerveuse, un signe de CHOUSTECK ou de TROUSSEAU, tous signes de spasmophilie en harmonie avec l'insuffisance parathyroïdienne d'où les résultats favorables de la parathyrone.

F. — *Rhumatisme et Hyperparathyroïdie*

En 1936, dans un rapport à la Société de thérapeutique, le Professeur PARTURIER confirme que seules les formes péri-articulaires de rhumatisme sont justiciables de l'opothérapie parathyroïdienne, il souligne en même temps l'inefficacité de la parathyrone sur les « Arthroses » ou Ostéo-arthrites où prédomine la décalcification. Décalcification qui est en rapport avec un état hyperparathyroïdien et entraîne une arthropathie chronique : « Les signes objectifs vont du simple craquement articulaire indolent à une arthralgie intense, de la simple limitation des mouvements à la pseudo-ankylose, de la tuméfaction régulière aux bouleversements articulaires avec subluxation ou même luxation véritables, lésions extrêmes défiant toute thérapeutique médicale et dont l'élément douleur cède seul au traitement éparathyroïdien ». (Professeur G. PARTURIER). Dans ces formes de rhumatisme la parathyrone semble inutile car elle vient libérer le calcium du tissu osseux déjà malade parce que trop décalcifié.

Il est pourtant des cas de rhumatisme par hyperparathyroïdie qui ont été améliorés par l'hormone parathyroïdienne, fait paradoxal dirons-nous ; or : « L'endocrinologie est pleine de ces paradoxes mais ne serait-ce pas parce que nous la comprenons encore mal ou que nous la voulons expliquer d'une façon trop simpliste » (LANGERON). Au fait, le Professeur PARTURIER semble avoir résolu le problème : « Introduire dans un organisme vivant un corps de la série des hormones, ce n'est pas lui ajouter purement et simplement un corps qui peut lui faire défaut, c'est déterminer aussi, et peut-être d'abord, toute une série de réactions. A la manière d'un antigène, il va déclencher sans doute la production d'anticorps plus ou moins puissants, et ces « anti-hormones » dans le cas envisagé ou bien n'auront qu'une importance négligeable : la parathyrone ajoute son action mobilisante du calcium par exemple, à l'action similaire déjà en mouvement de l'hyperparathyroïdie préexistante, — ou bien les anticorps, les anti-hormones apparaissent en quantité énorme, suffisantes pour neutraliser à la fois et la dose de parathyrone qui vient d'être injectée et qui leur a donné naissance, et la masse d'hormone parathyroïdienne en circulation dans le sang et déversée par l'hyperparathyroïdie antécédente.

« Cet anticorps, cette anti-hormone parathyroïdienne, nous l'avons, croyons-nous, déterminée et nous avons cherché à la produire en quan-

tité thérapeutiquement utilisable, dans le sang d'animaux éparathyroïdés : sérum anti-parathyroïdien (ou « éparathyroïdien »), homologue, disions-nous ¹, de l'hémato-éthyroïdine ; nous l'expérimentons depuis deux ans tant sur l'homme que sur l'animal, avec des résultats jusqu'ici constants. »

G. — Cellulite et Hyperparathyroïdie.

Ce sont encore les parathyroïdes qui sont les premières en tête dans l'étiologie de la cellulite. Roger RICOUX dans sa thèse nous dit : « Il ne nous est pas arrivé d'influencer nettement une cellulite par l'opothérapie ovarienne, testiculaire, ou même thyroïdienne, et dans deux circonstances bien observées l'hémato-éthyroïdine n'a pas empêché sous nos yeux l'évolution progressive de la cellulite (Mlle Camille Ro.) et, d'autre part, l'extrait total thyroïde plus parathyroïde a pu donner parfois des résultats que nous attribuons surtout aux parathyroïdes ».

L'association fréquente du rhumatisme et de la cellulite d'une part, l'origine mésodermique commune du squelette et du tissu cellulaire sous-cutané, d'autre part, attirent l'attention du côté des parathyroïdes.

Habituellement la parathyrone contribue à accentuer une cellulite ou même à la faire apparaître chez un sujet sans doute prédisposé mais jusqu'ici indemne de toute affection du tissu cellulaire sous-cutané ainsi qu'en fait foi l'observation suivante prise dans la thèse de RICOUX (Notions actuelles sur la cellulite et son traitement) :

« Observation de M^{lle} C..., 24 ans.

Parathyrone contre un état constitué par : constipation, migraine, syndrome douloureux sous-hépatique. Le résultat est excellent : transformation de cette jeune fille qui peut reprendre sans arrêt son travail, mais adipose de 59 kgs à 63 kgs 600 et l'on constate en septembre 1935, un an après le début du traitement, une cellulite énorme et très douloureuse, surtout à la nuque et aux cuisses. »

FRANÇON employant la parathyrone dans les formes péri-articulaires du rhumatisme chronique avait remarqué également que cette hormone était susceptible de déclencher des poussées de placards indurés sous-cutanés qui n'étaient autre chose que de la cellulite. Mais c'est surtout

1. Syndromes hépato-parathyroïdiens. *Revue des Maladies du Foie*, novembre-décembre 1934.

en essayant de traiter les arthropathies par le sérum éparathyroïdien que l'on a vu : « La fonte des bourrelets cellulitiques entourant les genoux de nos malades, aux pieds l'élargissement apparent des chaussures, à la taille la nécessité de rétrécir le corset, le flottement du cou dans le faux-col. »

La cellulite s'apparente donc au rhumatisme chronique ostéo-articulaire d'origine hyperparathyroïdienne et nécessite le même traitement que ce dernier.

Les observations suivantes illustreront l'action du sérum éparathyroïdien dans le traitement de la cellulite et du rhumatisme par hyperparathyroïdie.

Observation (I).

Sœur M. L., 68 ans, réglée à 14 ans, ménopause à 52 ans, typhoïde à 16 ans avec abcès du tibia, bonne santé habituelle, employée à la cuisine. Depuis l'âge de 48 ans elle souffre de rhumatismes : pieds, genoux, épaules, dos (région lombaire du rachis) puis cou et enfin hanches. La radio montre un aspect peu clair des extrémités osseuses et au niveau du rachis des becs de perroquets.

Cuniquement les articulations douloureuses sont légèrement déformées, épaissies, craquantes. Les mouvements sont très limités au point de rendre la marche et les gestes impossibles. La malade se meut difficilement dans son lit.

En outre, une cellulite très douloureuse couvre la face interne des jambes, les cuisses, les hanches, l'abdomen, la face postérieure des bras.

EXAMEN DE SANG	1 ^{er} NOVEMBRE	20 NOVEMBRE
Glucose	0,80	0,76
Cholestérine	2,25	2,54
Calcium	0,096	0,082
Calcium des ongles en millig. pour un gr.	1 mm. 090	1 mm. 60

L'amélioration déjà nette le 20 novembre s'est accentuée par la suite. Actuellement la malade a repris ses fonctions avec ménagement mais continue les cures de sérum.

Observation (II).

Monsieur T..., 52 ans, marié sans enfant, ni syphilis ni blennorrhagie. Scarlatine à 10 ans, Grippe espagnole en 1918 dont il est resté sensible des intestins et du foie ; depuis trois ans il souffre de rhumatismes : épaules et région cervicale.

Il ne peut élever les mains au-dessus des yeux ni les joindre derrière la tête ou derrière le dos, les mouvements du cou sont limités et craquants.

Il est très sensible aux variations atmosphériques qui exaltent ses douleurs.

La radio des épaules montre un aspect clair des vertèbres cervicales : opacification et épaississement de l'aponébrose prévertébrale, des ostéophytes.

	25 AOUT	10 SEPTEMBRE
Calcium du sang	0,130	0,100
Calcium des ongles	0 mm. 720	1 mm. 200

Disparition des douleurs, facilité des mouvements.

Observation (III).

M^{me} F..., 48 ans, nombreuses maladies d'enfance, réglée à 15 ans, fibrome à 36 ans, hystérectomie abdominale totale, troubles d'insuffisance ovarienne, à 40 ans début de rhumatisme aux genoux, épaules, région cervicale ; cellulite. Elle continue une vie assez active mais souffre beaucoup, elle doit parfois s'arrêter.

A l'examen, articulations peu déformées mais douloureuses et craquantes. Une cure de sérum est commencée au 13 septembre.

	13 SEPTEMBRE	15 OCTOBRE
Calcium du sang	0,118	0,095
Calcium des ongles	1 mm. 10	1 mm. 65

Au 15 octobre, améliorations cliniques importantes de la cellulite et du rhumatisme.

Observation (IV).

M. A..., 54 ans, diphtérie à 10 ans, reste sujet aux angines. Négociant, se déclare heureux de sa santé et de ses forces pour ses occupations sédentaires, sans lumière et sans air. En 1937 se plaint de céphalée occipitale qu'il attribue à l'ébranlement d'un faux pas ; il souffre des pieds et des genoux.

EXAMEN : Il s'agit 1^o d'une cellulite très douloureuse de la région occipito-cervicale.

2^o D'une arthrite craquante de la colonne vertébrale.

3^o D'une arthrite sèche tibio-tarsienne droite (certainement antérieure au traumatisme).

4^o D'arthrite sèche des genoux.

La pâleur de la face décide un examen de sang : 3.900.000 G. R. —

7.000 G., B. formule normale. Les cures de sérum se succèdent de 5 jours en 5 jours.

	15 JUIN	20 JUILLET
Calcium du sang	0,115	0,99

Résultats thérapeutiques : Disparition des migraines et des douleurs articulaires. Assouplissement des membres. Disparition de la cellulite et des craquements articulaires. Remontement de l'état général. Le teint se recolore (G. R. 4.600.000).

En terminant ce long chapitre nous voyons que le rhumatisme et la cellulite se développent surtout sur un terrain hépatique et parathyroïdien ; il serait plus exact de dire sur un terrain hépato-parathyroïdien : Terrain bien étudié par le Professeur G. PARTURIER et décrit par lui dans les « Syndromes hépato-endocriniens ».

En effet, foie et parathyroïde présentent de grandes analogies physiologiques et cliniques que nous allons passer rapidement en revue avant d'étudier l'action des variations météorologiques sur les états hépato-parathyroïdiens.

ANALOGIES PHYSIOLOGIQUES.

a) Réalisant une anastomose cholédoco-urétérale de façon à provoquer une dérivation totale de la bile, G. LOEWY obtient une hypertrophie des parathyroïdes avec ostéomalacie : les graisses alimentaires non digérées prennent au sang la quantité de calcium nécessaire pour leur élimination. Le sang rétablit sa calcémie normale en empruntant le calcium aux os. Cette décalcification osseuse qui se fait grâce à un hyperfonctionnement des parathyroïdes peut aboutir à l'ostéomalacie.

b) L'ingestion d'extraits de foie prolonge la vie des animaux parathyroïdectomisés.

c) DRAGSTEDT montre qu'un chien parathyroïdectomisé et maintenu en survie meurt brusquement quand on lui lèse le foie.

d) Chez les animaux parathyroïdectomisés, l'examen histologique du foie montre des lésions centro-lobulaires pouvant aller de la congestion à la dégénérescence cellulaire.

ANALOGIES CLINIQUES.

a) La crise vésiculaire d'origine spasmodique peut être comparée à un état de spasmophilie localisé.

b) « L'excitation, la tristesse hargneuse » de l'hypoparathyroïdien peuvent se rapprocher de la mentalité de l'hépatobiliaire.

c) Les troubles des organes des sens sont communs aux deux états : chez les hypoparathyroïdiens nous pouvons trouver la cataracte et l'otite moyenne scléreuse tandis que « chez l'hépatobiliaire il faut reconnaître qu'il s'agit de troubles légers fonctionnels généralement fugaces qui traduisent la rupture de l'équilibre humoral (choc colloïdo-clasique) et le déséquilibre du système vago-sympathique, lui-même conditionné par le trouble endocrinien : troubles visuels, troubles auditifs (PARTURIER et VALLERIX), troubles cutanés fugaces comme l'urticaire ou infiltration lipéidique comme le xanthélasma. »

Les travaux de LOEWY semblent démontrer que chez un individu héréditairement prédisposé à de l'insuffisance hépatique les parathyroïdes répondent à la déficience du foie par une hyperfonction ; à la phase d'hyperparathyroïdie pourrait succéder par épuisement une phase d'hypoparathyroïdie productrice de spasmes avec fléchissement de la fonction anti-allergique de la glande. Cependant toutes ces données ne permettent pas d'assurer une lésion du foie dans chaque cas de dysfonction parathyroïdienne. « Ce que nous pouvons dire c'est que cliniquement certains symptômes hépatobiliaires rappellent certaines dysfonctions parathyroïdiennes et qu'en thérapeutique, à plusieurs reprises, nous avons assisté à une amélioration d'arthrites sèches déformantes ou non, ou d'arthralgies en conjuguant le traitement hépatique et l'opothérapie parathyroïdienne, médication qui doit être menée avec prudence, car elle est susceptible de renforcer les troubles qu'elle aspire à calmer ».

CHAPITRE VI

INFLUENCES MÉTÉOROLOGIQUES ¹

A part leurs analogies physiologiques et cliniques, foie et parathyroïdes sont influencés par un certain nombre de facteurs que nous allons passer en revue.

Régime alimentaire.

« Dans la tétanie parathyréoprive comme dans la colique hépatique, le régime lacté exerce une action calmante, l'ingestion de viande crue ou cuite précipite les accès convulsifs et transforme une tétanie latente en tétanie manifeste, elle est suivie d'une diarrhée abondante avec météorisme (GARNIER et TURPIN), accidents spasmodiques où nous pouvons retrouver le syndrome de la colique hépatique avec la diarrhée post-prandiale des biliaires ».

Infections.

« De même que l'animal opéré de parathyroïdectomie, l'hépatobiliaire est anormalement sensible aux infections spontanées ou de contagé ».

Intoxications.

« Le chien parathyréoprive est tué par le dixième de la dose qu'il faut pour tuer un chien normal (LINDEMAN). Calomel, morphine, anesthésiques généraux, déclenchent à doses infimes, chez le chat parathyréoprive des crises convulsives (GARNIER et TURPIN). Sensibilité aux toxi-

1. G. PARTURIER, FAUQUE et NENON, 20 décembre 1934. *Société de Médecine et hygiène tropicale*.

WAMBERGUE. *Thèse Nancy*, 1938. *Météoropathologie des hépatobiliaires*.

ques qu'on retrouve chez les hépatobiliaires et dont il faut tenir compte dans l'administration des médicaments chez les malades ».

Mais ce sont surtout les variations climatiques et météorologiques qui sont susceptibles d'influencer le foie et les parathyroïdes. Le Professeur PARTURIER a longuement étudié cette question. Les dyshépatiques comme les dysparathyroïdiens souffrent des climats humides à pression barométrique élevée (bord de la mer). Les troubles hépatiques et parathyroïdiens (en particulier ostéo-articulaires) restent en général stationnaires pendant l'été et subissent des poussées à l'automne et au printemps. L'hyperoxygénation peut provoquer le signe de CHOVSTECK chez les hépato-biliaires et faire redoubler les accidents convulsifs des animaux parathyroïdectomisés.

Le Professeur PARTURIER écrit : « Avec FAUQUE, NENON, MANCEAU, nous avons essayé de pénétrer l'action si curieuse de l'orage (ou de la neige en hiver) sur nos hépato-biliaires. Le foie y serait-il directement sensible ? ou plutôt les modifications telluriques ou atmosphériques influenceraient-elles en première ligne les glandes vagotoniques pour les exciter : thyroïde, pancréas, glandes génitales, ou les glandes sympathicotoniques surrénales, parathyroïdes, hypophyse, foie, pour les inhiber ou inversement ces modifications atmosphériques entraîneraient-elles des troubles du système neuro-végétatif qui déclencheraient les troubles endocriniens ? »

Le Professeur SPILLMANN énonçait au Congrès pour l'avancement des sciences (1931) le fait que : « la diminution de la pression barométrique, annonçant 24 ou 48 heures d'avance un changement de temps, s'accompagne d'une recrudescence des accidents morbides. Si l'organisme humain est moins sensible que l'hygromètre, il l'est nettement plus que le baromètre. L'explication est encore du domaine des hypothèses, hypothèses qui pourraient être vérifiées par l'expérimentation. Toutefois il est certain que le grand sympathique joue un rôle important dans ces réactions atmosphériques, en créant dans l'organisme un état de déséquilibre qui se traduit par de multiples sensations : algies, migraines, fatigue, oppression, gêne précordiale, sensation de lourdeur dans les membres inférieurs. »

« On ne conçoit pas qu'une hausse ou une baisse barométrique, une élévation ou un abaissement du degré d'hygrométrie, telle direction du vent, puissent, par elles-mêmes, sans qu'il existe un trait d'union avec un organe ou un autre, déclencher un véritable état de crise ; une mi-

graine, une colique hépatique, une poussée d'asthme, l'éclosion d'un urticaire coïncidant régulièrement chez un même individu avec un état atmosphérique déterminé, peuvent-elles se concevoir si, entre elles et l'organisme ou les organismes intéressés, ne passent les fils de transmission que présentent les filets du sympathique et les centres nerveux ? ¹ ».

En somme nous avons affaire à un mécanisme complexe s'attaquant à la fois aux glandes endocrines, au système vago-sympathique et au milieu humoral.

Certains sujets qui normalement ne présentent aucune infirmité se plaindront par exemple de douleurs articulaires à l'approche d'un orage. MOURIQUAND les appelle sujets « Météorolabiles » en état habituel de déséquilibre « inapparent ». A ce moment on peut observer une augmentation de l'urée sanguine de l'acide urique, une baisse de la cholestérine et de la glycémie ; tandis que chez un individu normal nous n'assistons qu'à une baisse légère de tous ces éléments.

La loi générale de PAGNIEZ et PASTEUR-VALLERY-RADOT nous dit que la vagotonie prédispose aux phénomènes de choc et c'est à un véritable choc colloïdo-clasique que nous assistons chez le « Météorolabile » à l'apparition de l'orage. Le Professeur PARTURIER et FAUQUE étudiant le réflexe oculo-cardiaque au moment des perturbations météorologiques montrent qu'il est toujours nettement augmenté.

En conclusion, les influences météorologiques n'auront d'action que sur un individu météorolabile ; non seulement ces influences donneront naissance ou augmenteront des douleurs articulaires cellulitiques ou autres, mais pourront également provoquer passagèrement des chocs colloïdo-clasiques, anaphylactiques ou allergiques, ces derniers étant fortement améliorés par les extraits cortico-surrénaux.

L'exemple suivant frappera par la netteté des rapports entre les crises hépatiques, l'orage, les troubles arthritiques et vago-sympathiques.

« Femme de 44 ans de souche arthritique ayant eu cinq enfants, adolescence difficile avec instauration tardive des règles, développement inégal, particulièrement visible dans les traits ; des poussées d'eczéma derrière les oreilles affligèrent aussi sa coquetterie avant son mariage. Elle jouissait d'une santé très satisfaisante quand, après la naissance de son premier enfant, elle eut sa première crise d'asthme. Depuis lors, elle est sujette tantôt à l'asthme, tantôt à des poussées d'urticaire, tantôt à des crises de coliques hépatiques qui se rythment de la façon suivante : Asthme au prin-

1. G. PARTURIER, 1926. Séméiologie biliaire.

temps et à l'automne, coliques hépatiques à chaque écart de régime, urticaire à chaque bain de mer. Elle fait une cure à Vichy, à la suite de laquelle sa santé devient meilleure ; mais brusquement, à l'occasion d'un orage, une crise éclate.

On trouve une malade assise dans un fauteuil, le buste dressé par des coussins, tendue vers la fenêtre qu'on ne peut ouvrir et claquant des dents malgré la lourde chaleur ambiante.

En dépit d'une « soif d'air » évidente, il n'existe pas de crise d'asthme, le thorax n'est pas immobilisé en inspiration, les muscles respiratoires accessoires n'offrent aucune contracture appréciable. D'ailleurs, les mouvements d'expansion de la poitrine s'effectuent assez librement et s'ils se trouvent un peu diminués, c'est qu'ils participent à un ensemble d'immobilité.

A l'approche du médecin, la malade détourne à peine la tête ; elle ne répond aux questions que par monosyllabes, à voix basse, « dans un souffle » ; on la dirait attentive uniquement à éviter tout mouvement. Elle porte doucement la main à son côté droit pour signifier que c'est là qu'elle souffre et d'un regard elle montre une cuvette où l'on retrouve les traces de son état nauséux. Au milieu de la figure pâle et baignée de sueur, les yeux expriment une angoisse véritable ; on remarque également l'extrême dilatation de leur pupille. Le pouls, plutôt lent, bat à 60, il est dépressible ; la tension artérielle est de 15-7 $\frac{1}{2}$. L'examen du sang montre 4.250.000 globules rouges contre 2.300 globules blancs.

Tous les troubles humoraux et vago-sympathiques sont rapidement améliorés par la cortico-surrénale et l'éphédrine.

CHAPITRE VII

PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE ¹

Comme le rhumatisme et la cellulite, les affections dentaires se développent de préférence sur un milieu fait de dysfonctions endocriniennes.

Chez l'enfant hypothyroïdien les dents apparaissent tardivement, sont petites, mal plantées, et carient facilement. Chez l'adulte peut apparaître une gingivite expulsive. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, tous ces troubles s'améliorent par l'extrait thyroïdien.

« Dans l'hypopituitarisme les dents se développent tardivement et sont intriquées à cause de l'insuffisance de développement du maxillaire. Dans l'hyperpituitarisme le développement des dents est précoce et leur implantation fortement écartée. »

Mais ce sont surtout chez les dysparathyroïdiens et en particulier chez les hyperparathyroïdiens que nous retrouverons les affections dentaires et alvéolo-dentaires.

Pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le diagnostic de pyorrhée alvéolo-dentaire peut être établi d'après les signes suivants :

- Dents déchaussées et mobiles (disparition de la paroi alvéolaire).
- Gencives fongueuses et congestionnées, saignant au moindre contact.
- Présence entre les gencives et les dents de clapiers ou culs de sac, d'où la pression fait sourdre du pus.

1. G. PARTURIER et P. COUSTAING. Contribution à l'étude du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Extrait du *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, juin 1937.

— Tartre abondant surtout au niveau des orifices des canaux de STÉNON et de WARTHON.

Le Professeur G. PARTURIER et P. COUSTAING traitent de nombreuses pyorrhées alvéolo-dentaires soit par le sérum éparathyroïdien seul, soit par une thérapeutique locale exclusive, soit enfin par une médication combinée. Nous allons rapporter une observation de chaque mode de traitement ¹ :

Observation n° 1.

TRAITEMENT SÉRIQUE ÉPARATHYROÏDIEN SEUL

M^{me} A..., 54 ans, a eu un enfant. Ménopause à 51 ans. Soignée pour son foie depuis 12 ans, présente actuellement un foie normal et une vésicule indolente mais se plaint depuis 1935 d'une infiltration sous-cutanée au niveau de la face interne des cuisses, région sus épineuse, nuque, face postérieure des bras. Il s'agit de cellulite avec arthralgie, en particulier des genoux, accompagnée de craquements.

Cellulite et arthralgie subissent une poussée aiguë le 28 mai 1936 à la suite d'une cure de Paratyrone dirigée contre une aérophagie intense ; en même temps, la malade se plaint des dents. La bouche examinée à ce moment du point de vue purement clinique permet de constater la mobilité des incisives et même des prémolaires. La pression avec le doigt fait sourdre du pus au niveau de la gencive.

Suppression de la Paratyrone à laquelle on croit pouvoir attribuer la poussée de cellulite, d'arthralgie du genou et d'arthrite alvéolo-dentaire. Comme il n'existe plus qu'un faible degré d'aérocolie et d'aérogastrie, que le foie n'est pas sensible, on remplace le traitement parathyroïdien par l'ingestion de sérum d'animaux éparathyroïdés.

La malade est revue le 9 octobre 1936. On constate une amélioration importante de la cellulite, de l'arthropathie des genoux et des dents. Elle n'a pourtant pratiqué pendant cette période que 2 cures de 5 jours de sérum.

Le 8 janvier dernier, la malade dit avoir été encore améliorée sur ces trois états : cellulite, arthropathie, dents, par de nouvelles cures de sérum.

Elle est examinée à ce moment au point de vue dentaire : il est aisé de constater qu'il a existé antérieurement des clapiers pyorrhéiques. La pression ne fait pas apparaître la plus petite quantité de pus. Les dents sont d'une fixité satisfaisante sauf une incisive inférieure en malposition

1. Observations du Professeur G. PARTURIER et COUSTAING.

qui se trouve traumatisée pendant les mouvements de mastication par son antagoniste. Nous effectuons alors le meulage de cette dent pour rétablir son niveau normal et nous pouvons constater peu de temps après que la mobilité a disparu.

Dans un tel cas, l'amélioration dentaire chez cette malade qui recevait du sérum pour sa cellulite a précédé le traitement local odontologique. On peut cependant se demander quelle est la part de ce traitement. L'observation suivante va nous le montrer.

Observation n° 2.

TRAITEMENT LOCAL SEUL

M^{me} T..., 68 ans, atteinte depuis une quinzaine d'années d'une arthrite de la hanche. Thérapeutique générale et massages sans grandes améliorations. Impotence presque complète de cette malade qui ne se déplace que très difficilement avec l'aide de cannes. Elle vient consulter l'un de nous pour la première fois il y a deux ans. L'état buccal était extrêmement mauvais. Tartre très abondant, dents très mobiles, gencives décollées, violacées, saignant au moindre contact. Culs de sac pyorrhéiques importants et suppuration gingivale décelable à la pression.

Le traitement local fut commencé immédiatement. Le tartre fut enlevé soigneusement. Les culs de sac curettés. L'application régulière de cautérisations gingivales fut pratiquée suivant notre procédé personnel à l'aide du caustique phénico-potassique.

Cette malade ne donna des signes d'amélioration locale nette qu'après 18 mois d'un traitement très attentif au cours duquel nous dûmes renouveler souvent les détartrages, un dépôt abondant se reformant très rapidement.

Nous revoyons régulièrement cette malade qui continue à présenter un état buccal assez satisfaisant, la suppuration et la congestion gingivale ayant presque complètement disparu.

A ce sujet cette malade nous a signalé maintes fois et nous avons pu le constater, que l'aggravation de son état était parallèle aux poussées constatées du côté de son arthrite de la hanche.

En ce qui concerne la mobilité de ses dents nous l'avons réduite au minimum en établissant une attelle de contention qui donne de bons résultats.

Nous avons maintenant l'impression que l'amélioration eût été bien plus nette et plus rapide si, à la thérapeutique locale, nous avions pu adjoindre le traitement par le sérum. Malheureusement nous ignorions à l'époque ses vertus dans les cas de pyorrhée alvéolaire.

Observation n° 3.

TRAITEMENTS LOCAL ET SÉRIQUE COMBINÉS

M^{lle} K..., 32 ans. Nous est adressée d'Allemagne en janvier 1937. Malade, bien réglée, migraineuse, cellulitique.

Son état buccal est alarmant. Un confrère allemand lui a proposé l'avulsion complète de toutes ses dents comme seule solution possible. L'examen général révèle outre la cellulite une hépatite et un état général très déficient. Malade au teint pâle.

Une cure de sérum est ordonnée.

Au bout de quinze jours cette malade nous dit se sentir mieux. La somnolence après les repas a disparu. Un appétit inconnu jusqu'à ce jour apparaît.

Nous activons alors la préparation d'un bridge fixe de contention que nous avons décidé d'établir à la mâchoire supérieure dans le but de bloquer entre elles les dents restantes et de remplacer les manquantes.

Nous plaçons ce bridge le 15 février dernier. Avant la pose de cette prothèse nous avons pu constater l'amélioration importante de l'état gingivo-dentaire. La suppuration avait presque complètement disparu et la mobilité des dents fortement diminué.

Après la pose de ce bridge l'amélioration prit une forme encore plus accentuée, en raison de la suppression des traumatismes résultant d'une fonction masticatoire déséquilibrée et d'autre part par le rétablissement fonctionnel qui permit le retour à l'alimentation solide, véritable massage de la gencive, abandonnée depuis longtemps en raison des phénomènes douloureux produits par la mastication d'aliments consistants.

Cette malade nous écrit récemment pour nous dire les améliorations encore obtenues et sa joie d'un retour à une excellente santé.

Il est à noter que dans ces trois observations nous avons eu affaire à des pyorrhées alvéolo-dentaires se développant sur un état cellulitique ou rhumatismal donc sur un milieu hyperparathyroïdien où le sérum éparathyroïdien permet d'escompter les meilleurs résultats ; le traitement local étant d'une efficacité secondaire.

Dans l'observation n° 1 nous avons vu que la Parathyrone a aggravé considérablement une pyorrhée alvéolo-dentaire. L'observation suivante du professeur G. PARTURIER et COUSTAING confirme l'action néfaste de la Parathyrone sur les pyorrhées alvéolo-dentaires.

Il s'agit d'une malade qui, « traitée pour de l'asthme éprouvait un tel soulagement qu'elle fut amenée à s'administrer des doses excessives de l'hormone (parathyroïdienne). Bientôt elle souffrit des dents. Le stomatologiste consulté découvrit quelques caries mais surtout de

la pyorrhée et une grosse décalcification. Cette malade fut mise au sérum éparathyroïdien, les gencives reprirent une apparence normale. Un examen que nous avons pratiqué récemment nous a montré un état de récalcification nette ».

Cette malade prenait des doses considérables de parathyrone puisqu'elle allait à 80 unités par jour au lieu de 10. En pratique la médication parathyroïdienne n'entraîne pas d'inconvénients à condition de suspendre le traitement dès qu'apparaît une sensation d'agacement dentaire. L'arthrite alvéolo-dentaire s'accompagnera souvent de cellulite et d'arthropathie chez des sujets prédisposés, phénomènes que viendra réparer l'administration du sérum éparathyroïdien.

Les résultats remarquables obtenus par le Professeur G. PARTURIER et P. COUSTAING dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire par le sérum éparathyroïdien ont amené ces derniers à l'utiliser dans des cas de décalcification dentaire.

Et tout d'abord voyons le moyen de diagnostiquer une décalcification dentaire.

« Les signes radiologiques sont pratiquement insuffisants car une dent peut être chimiquement très appauvrie en calcium et présenter aux rayons la même densité. Seule la carie est appréciable aux rayons. Pour le Professeur G. PARTURIER et P. COUSTAING trois signes permettent de reconnaître qu'une dent se décalcifie :

1° Le changement de couleur. La dent en voie de décalcification prend un aspect terne.

2° La diminution de consistance mise en évidence par :

a) La pénétration plus facile de la sonde exploratrice qui traverse plus aisément émail et dentine.

b) La friabilité plus grande et le peu de résistance à des agents mécaniques tels que la « fraise ».

La décalcification peut affecter toutes les dents dans leur ensemble mais les plus vulnérables à la carie sont « celles qui présentent des dispositions anatomiques favorisant comme des sillons profonds de la face triturante ou bien encore celles qui ont subi antérieurement des obturations restauratrices ».

Voici trois observations du Professeur G. PARTURIER et P. COUSTAING concernant le traitement de décalcification dentaire par le sérum ÉPARATHYROÏDIEN.

Observation n° 1.

M. S..., 35 ans, avocat, se présente à nous le 16 octobre 1937.

Hépatique léger avec :

- 1° Asthénie, fatigabilité ;
- 2° Troubles dyspeptiques ;
- 3° Troubles dentaires (aspect terne, grisâtre de la denture, multiples caries, présente les signes les plus nets de décalcification dentaire).

Ce malade qui se trouve dans des conditions très défavorisantes par le surmenage professionnel qu'il s'impose est mis en traitement aussitôt :

- 1° Institution d'un régime et d'un traitement hépatique.
- 2° Une cure de sérum éparathyroïdien est ordonnée suivant la technique habituelle.
- 3° Les caries dentaires sont traitées et obturées.

Résultats.

Au bout de quinze jours, ce malade nous dit se sentir mieux, l'appétit lui revient. Il nous indique ressentir un véritable coup de fouet.

Revu une semaine après nous constatons que le mieux de l'état général se poursuit.

Les dents ont toujours cet aspect particulier, terne, grisâtre. La sonde exploratrice confirme le peu de densité du tissu dentaire.

Dans le courant de janvier 1938, ce malade revient nous voir. Il nous indique se sentir très amélioré du point de vue général.

État dentaire sans changement appréciable, mais nous ne constatons pas de nouvelles caries.

Nous jugeons opportun de suspendre momentanément le traitement sérique tout en conseillant le maintien d'une certaine discipline alimentaire.

En février 1938, état très satisfaisant. Aucune fatigue, malgré une grande activité professionnelle.

Pas de nouvelles caries dentaires.

En juin 1938 sentant un fléchissement dans son état, ce malade reprend, sur son initiative personnelle, deux flacons de sérum ET TOUT RENTRE FONCTIONNELLEMENT dans l'ordre en 15 JOURS.

En septembre 1938, nous avons pu constater un état général tout à fait satisfaisant.

Non seulement pas de nouvelles caries dentaires, mais l'aspect des dents a changé, il présente une teinte grise jaune clair brillante. La sonde exploratrice donne cette fois le criement caractéristique des dents en bonnes conditions.

Observation n° 2.

M. G..., 18 ans ; étudiant suivi par nous depuis 7 ans. N'avait jamais présenté que de petites caries dentaires sans grande importance.

Venu nous consulter en février 1938. Se plaint d'asthénie, d'anorexie, de troubles dentaires.

Foie légèrement augmenté de volume.

L'examen dentaire révèle des caries multiples (16) et une gingivite marquée principalement au niveau des dents antérieures.

Les dents ont un aspect « crayeux ». Le malade indique avoir fourni quelques mois auparavant un gros effort en vue d'examens, et ressentir depuis cette époque une grande fatigue.

Parallèlement au traitement hépatique, une cure de sérum est ordonnée et les obturations dentaires pratiquées.

Quelques applications d'acide trichloracétique sont faites sur les gencives.

Trois semaines après le début du traitement un mieux sensible est constaté. L'activité intellectuelle se trouve nettement améliorée.

Le traitement est prolongé pendant deux mois, puis complètement arrêté.

L'état général est très satisfaisant. Pas de nouvelles caries. Les dents paraissent toujours légèrement poreuses.

Ce malade a été revu en octobre dernier.

Excellent état général. Non seulement pas de nouvelles caries, mais l'aspect dentaire est très amélioré, le tissu dentaire crisse et oppose une résistance à la sonde.

Le malade, entre-temps, s'est pourtant trouvé dans des conditions défavorisantes par le gros effort de travail qu'il a fourni en vue du concours d'admission à une grande école.

Observation n° 3.

M^{me} B..., 32 ans, employée de bureau, vue en avril 1938, se plaint de fatigue et de troubles dentaires.

Grossesse de 8 mois. L'examen révèle un foie augmenté de volume, des caries dentaires (8) dont 3 pénétrantes. Grosse gingivite hypertrophique au niveau des dents antérieures et en particulier celles du maxillaire supérieur. Gingivorrhagies profuses provoquées par le moindre contact.

Traitement hépatique et cure de sérum instituée très prudemment en égard à l'état gravide de la malade.

Destruction des bourgeons gingivaux hypertrophiés au galvano-cautère. Applications locales de mercurochrome, à 4 %.

Cette malade est venue régulièrement deux fois par semaine pendant un mois. Pendant cette période, les soins dentaires sont pratiqués ainsi que le traitement gingival.

Les cautérisations au galvano-cautère ne donnant aucun résultat sont essayés successivement sans plus de succès : l'acide chromique, l'acide trichloracétique et le caustique phénol-potasse.

La gencive, si elle saigne moins, a toujours tendance à bourgeonner.

La malade continue le traitement sérique d'une manière intermittente. Depuis le début de ce traitement aucun trouble, hormis ceux de la grossesse, n'a été ressenti.

Depuis deux mois après le début du traitement en juin 1938, nous constatons une très nette amélioration de la gingivite, amélioration qui ne semble pas pouvoir être imputée à la thérapeutique locale que nous avons appliquée modérément en vue d'éviter pour des raisons esthétiques une trop grande résorption de la gencive.

L'amélioration se poursuit régulièrement ; pas de nouvelles caries dentaires.

Au moment où cette malade quitte Paris pour aller effectuer ses couches en province, on ne constate plus qu'un mince liseré gingival congestionné au niveau des dents antérieures.

Le traitement est alors interrompu complètement. Seules des applications locales de mercurochrome sont recommandées.

Nous avons vu récemment, en décembre dernier, cette malade de retour à Paris.

État général très satisfaisant.

Pas de nouvelles caries dentaires. Les dents ont un aspect brillant.

La gingivite a complètement disparu. Seul subsiste un léger décollement entre les dents et les languettes interdentaires.

Que la carie dentaire se soigne par le sérum éparathyroïdien n'en concluons pas que la carie soit d'origine hyperparathyroïdienne. Sans nous avancer trop loin dans le domaine pathogénique, voici ce que, avec Paul VIARD, on peut concevoir : l'infection rhino-pharyngée dans laquelle le streptocoque hémolytique et le pneumocoque paraissent jouer un rôle principal imprègne peu à peu l'organisme grâce aux toxines. L'équilibre humoral acido-basique se rompt rapidement en faveur de l'alcalose et les éléments minéraux précipités se retrouvent dans les urines.

Pour rétablir la calcémie normale le sang emprunte le calcium au squelette : « Celui-ci paye et se ruine » et les dents sont les premières victimes de ce prélèvement calcique.

Nous nous trouvons donc en présence d'un trouble du métabolisme calcique d'origine infectieux. La carie dentaire s'accompagne souvent de gingivite et en pratiquant une vaccination locale dans le tissu sous-dermique de la gencive à l'aide d'une gouttelette de propidon, et ceci environ deux fois par semaine nous pourrions obtenir une guérison locale définitivement assurée après 2 ou 3 CURES VACCINALES échelonnées tous les 4 ou 5 mois.

CHAPITRE VIII

DU TRAITEMENT PAR LE SÉRUM ÉPARATHYROÏDIEN DE PARTURIER

Laissant de côté les rhumatismes infectieux — de nature complètement différente et les péri-arthrites qui relèvent d'un traitement à la parathyrone nous envisagerons surtout l'ostéo-arthrite, la cellulite et la pyorrhée alvéolo-dentaire qui réagissent favorablement à une médication commune : le sérum éparathyroïdien.

Avant de passer au traitement endocrinien, disons un mot de la physiothérapie pour la cellulite et du traitement hépato-digestif à la fois pour la cellulite et le rhumatisme.

1^o Traitement physiothérapique.

Il y a déjà plus d'un siècle que l'employaient les kinésithérapeutes suédois. C'est la seule thérapeutique locale efficace de la cellulite et préconisée par Guy LAROCHE : à condition d'y aller doucement, progressivement et par des mains expérimentées « les massages profonds ne doivent être utilisés qu'après résorption des foyers superficiels ».

2^o Traitement hépato-digestif.

On le réalisera en mettant le foie à l'abri de toute réaction infectieuse, douloureuse, colloïdo-clasique et en favorisant la régulation du fonctionnement intestinal.

Diminuer les apports toxiques, supprimer les conserves, les aliments gras, les condiments, les acides, les boissons alcoolisées, le chocolat, les œufs.

Donner les aliments simples et frais, plutôt que des mets compliqués, de la chair musculaire plutôt que des abats ou du gibier.

Régulariser l'heure des repas, stimuler l'appareil hépato-biliaire par les infusions de boldo, d'eucalyptus, de combrétum, la solution de BOURGET, désinfecter l'intestin par exemple par le charbon, éviter la constipation.

Notions d'autant plus importantes que le foie subira le contre-coup de la thérapeutique endocrinienne et il faut assurer le bon fonctionnement des émonctoires. Les associations fréquentes des dysfonctions hépatiques et parathyroïdiennes nous incitent à traiter le foie en même temps que nous essayons de soigner le rhumatisme et la cellulite.

3^o Traitement endocrinien.

Nous l'avons vu précédemment, c'est surtout au Professeur G. PARTURIER que revient le mérite d'avoir démontré que le rôle de l'hormone parathyroïdienne était non de fixer le calcium comme on le croyait mais de le mobiliser là où il se trouve. C'est encore le Professeur G. PARTURIER qui émit l'idée d'une hormone antagoniste de la précédente et fixatrice du calcium sur les os : « c'est celle-là (hormone) que nous avons tenté, avec M. PENAU, d'isoler ou du moins de rendre prédominante dans le sérum d'animaux préparés par injection intraveineuse d'hormone, puis parathyroïdectomisés ». Le sérum est obtenu en saignant des animaux éparathyroïdés au moment même où apparaissent les accidents tétaniques. On a employé tour à tour le sérum de cheval, de chien, de veau, puis de poulain qui semble actuellement donner les meilleurs résultats.

La sérum s'administre, dilué dans 5 fois son volume de glycérine à la dose de 5 gr. par jour, le matin à jeun.

En principe la cure est de 15 jours établie de la façon suivante :

- 5 gr. pendant 5 jours,
- 5 jours d'arrêt,
- 5 gr. pendant les 5 derniers jours.

Cette formule comporte des nuances qui s'adaptent aux circonstances, à la sensibilité du sujet et à l'état de son système hépato-biliaire. En général les résultats se font sentir dès les premiers jours et d'autres cures ne sont pas toujours nécessaires.

Interprétation des résultats.

Ils dépendant d'un triple facteur :

- 1^o L'ancienneté des lésions.
- 2^o L'intensité des accidents.
- 3^o Leur pureté endocrinienne.

Il est à noter que parfois le sérum n'aura d'action que sur un terrain déjà préparé par un traitement par les courants exponentiels de LE GO ainsi qu'en fait foi l'observation suivante prise dans la thèse de P. BEAUVAIS :

« M. L..., 42 ans, a présenté dans ses antécédents une pleurésie à 14 ans, un ictère à 17 ans, une blennorragie à 21 ans. En 1926 il éprouve un malaise général avec asthénie, amaigrissement, et c'est dans ces conditions qu'apparaissent une série de poussées rhumatismales atteignant d'abord les genoux, les poignets, les mains, puis peu à peu les temporo-maxillaires et le rachis cervical et lombaire. Ces poussées d'abord calmées par l'uraseptine, les sels d'or, deviennent de plus en plus intenses jusqu'en 1935. A cette époque, le malade ne se meut qu'avec peine, l'attitude est figée. Dos, cou, épaules, hanches, semblent ne former qu'un seul bloc. Toutes ces articulations sont claquantes et douloureuses. Des radiographies faites à ce moment montrent des contours et des extrémités osseuses d'apparence normale, mais plaquées de larges zones de décalcification. Le sérum éparathyroïdien essayé n'amène qu'une légère et passagère amélioration, puis les arthropathies progressent à nouveau en même temps qu'apparaissent de petits épanchements au niveau des genoux où dominent cependant les craquements.

Devant l'impossibilité d'essayer la thérapeutique mercurielle en raison d'une stomatite, nous recourons aux courants exponentiels en même temps qu'au sérum éparathyroïdien.

Très rapidement on voit se réduire les tuméfactions articulaires et disparaître les petits signes d'hyarthrose mais la sensibilité du foie, jointe à un prurit intense, fait interrompre le sérum. L'amélioration alors se stabilise pour ne repartir qu'avec la reprise du sérum quelques semaines plus tard. Environ trois mois plus tard, le malade reprend ses occupations. Les deux genoux paraissent parfaitement souples, normaux et indolents. Les autres articulations se montrent dépourvues de sensibilité mais conservent quelques craquements. »

Phénomènes de réactivation.

Au cours de la cure on peut observer parfois une aggravation des phénomènes articulaires douloureux ou de la cellulite. Ces poussées

sont toujours éphémères et loin d'être une contre-indication, elles sont au contraire la preuve d'une action profonde et l'heureux présage d'une grande amélioration au cours des périodes intercalaires.

Contre-indications.

Le sérum éparathyroïdien pouvant entraîner ce qui se conçoit une tendance à la spasmophilie de l'hyperparathyroïdien nous pourrions voir réapparaître au cours du traitement : des crises de coliques hépatiques, de l'asthme, une constipation opiniâtre ou encore une tendance à l'anxiété. Dans le domaine des organes des sens nous remarquerons parfois l'aggravation d'une cataracte sénile où l'apparition d'une dureté d'oreilles. Tous ces troubles disparaîtront le jour où l'on arrêtera la thérapeutique et, dans le cas contraire il serait aisé de les corriger par la parathyrone ¹. Ne pas oublier de prendre la tension artérielle qui s'élève souvent d'une façon progressive et peut devenir préoccupante au cours du traitement. Malgré tout il n'existe pas de contre-indications nettement définies. Il n'est seulement que des cas où le sérum n'aura aucune efficacité tel est le cas du rhumatisme infectieux ou de certaines manifestations infectieuses dentaires en particulier au cours du rhumatisme.

Spécificité d'action du sérum.

En présence des premiers résultats on a pu se demander s'il ne s'agissait pas d'un pur hasard, si le fait de se ménager, de se soigner n'était pas déjà pour le malade un élément de succès ou si le sérum « ne réalisait pas simplement un mode de protéinothérapie à lui seul efficace ». La contre-expérience à l'aide d'un sérum quelconque élimina facilement cette objection et nous vîmes apparaître toute une série d'accidents d'importance secondaire mais qui confirmaient l'action spécifique de la médication, accidents qui représentent justement des états attribuables à l'hypoparathyroïdie et que corrige l'injection d'hormone parathyroïdienne.

1. Le Professeur G. PARTURIER arrive dans bien des cas à une formule alternée ou combinée : Parathyrone et Sérum éparathyroïdien, qui rappelle les actions contraires utilisées par les électrologues ou les homéopathes.

Action à distance.

En général le progrès est continu. Commencée dès l'institution du traitement l'amélioration s'accuse de mois en mois en dépit de la plupart des circonstances susceptibles d'engendrer ou de réveiller des arthropathies : orages, neige, brouillards humides, règles, infections intercurrentes (grippe, angine, etc...).

Il existe pourtant des rechutes et le Professeur G. PARTURIER étudiant la réapparition de douleurs articulaires ou cellulitiques les attribue aux causes suivantes :

1^o Troubles intestinaux — Constipation ou diarrhée.

2^o Écart alimentaire dans un régime d'hépto-biliaire.

3^o Poussée d'état pathologique du foie et des voies biliaires.

4^o Traumatisme local, fatigue accidentelle ou professionnelle d'une jointure.

5^o Statique même du corps humain.

Dans le cas du pied plat : après une cure qui a comporté le repos au lit dès que le malade guéri reprend la position debout on peut voir les articulations tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes redevenir sensibles à l'exclusion des autres. Mais ce sont surtout les cas de ptose abdominale qui sont les plus curieux : « D'après nos observations portant sur 7 cas assez complètement observés, la ptose abdominale par les tiraillements qu'elle peut provoquer et surtout par le déplacement du centre de gravité du buste, semble bien être la cause localisatrice, à titre traumatique, sans doute, de phénomènes arthrosiques d'une part, à la colonne dorso-lombaire et aux articulations sacro-iliaques, et, d'autre part aux articulations des genoux. Car dans ces observations comme celles de R. Du..., M. Du..., M^{me} Du..., M^{lle} M. La..., M^{me} Sal..., M^{lle} Ch..., M^{me} Va..., les douleurs tant dans les régions postérieures du bassin qu'au niveau des genoux, récidivèrent, quoique atténuées, jusqu'au jour où l'application d'un corset efficace vint corriger la ptose et soulager sans doute les articulations rebelles.

Inversement et pour nous assurer que la correction de la ptose n'était pas tout dans ce résultat, nous avons, chez certaines malades comme M^{lle} Be..., prescrit la ceinture avant de donner le sérum ; la ceinture, tout en apportant un soulagement, fut nettement insuffisante à faire disparaître les douleurs articulaires ». (Professeur G. PARTURIER).

Le sérum sera d'autant plus efficace que le sujet sera en état d'équilibre vago-sympathique aussi essaiera-t-on de rétablir l'équilibre par exemple au moyen de la formule suivante (Professeur G. PARTURIER, phytothérapie hépato-biliaire, VIGOT Frères 1935).

Extrait fluide de crataegus	10 grs
Passiflore	2 grs
Intrait sec de valériane	1 gr.
Eau de laurier cerise	30 grs
Eau Q. S. P.	150 grs

Une demi-cuillerée à une cuillerée à café.

Nous avons vu que les parathyroïdes ne sont pas les seules à intervenir dans l'étiologie du rhumatisme ou de la cellulite ; il faut aussi tenir compte de la synergie endocrinienne, c'est pourquoi on peut associer suivant les cas une autre opothérapie par exemple les extraits ovariens.

CONCLUSIONS

De nos observations et de notre étude sur le rhumatisme, la cellulite et la pyorrhée alvéolo-dentaire nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1^o On peut classer suivant l'observation clinique journalière les rhumatismes en trois groupes :

— Ceux où dominent les manifestations surtout péri-articulaires avec densification des tissus entourant l'articulation.

— Ceux où apparaissent des manifestations hydarthrosiques et inflammatoires avec sédimentation globulaire accélérée et réaction de VERNES à la résorcine positive.

— Les formes rhumatismales à type dégénératif, sans hydarthrose mais avec de gros craquements et des déformations précoces et complexes. Ce sont les rhumatismes ostéo-articulaires justiciables avec la cellulite d'un traitement par le sérum éparathyroïdien.

2^o Ces manifestations rhumatismales et la cellulite évoluent sur un même terrain où l'on retrouve :

— L'Arthritisme,

— Le Déséquilibre vago-sympathique,

— Le Dysfonctionnement endocrinien,

terrain qui subit très nettement les influences météorologiques.

Nous avons vu en particulier le rôle des parathyroïdes dans le métabolisme du calcium.

3^o C'est en nous basant sur les résultats parfois contradictoires que l'on obtenait en traitant le rhumatisme par la parathyrone que le Professeur PARTURIER émit l'idée de son sérum éparathyroïdien. Nous avons essayé de préciser et les observations ci-jointes en font foi les

formes de rhumatismes redevables d'un traitement par le sérum éparathyroïdien qui semble toujours donner de bons résultats dans la cellulite, maladie par hyperparathyroïdie, et dans les affections alvéolo-dentaires.

En un mot :

4^o Le tissu mésodermique dont dérivent :

Le Squelette et les articulations,

Le Tissu conjonctif,

Le Tissu qui fixe les racines dentaires dans leurs alvéoles, est le siège d'élection de la maladie rhumatismale dans sa forme chronique tout au moins. En connexion avec tout le système des glandes à sécrétion interne, en particulier avec le foie les glandes parathyroïdes semblent dominer ce syndrome à tel point que des travaux du Professeur G. PARTURIER il résulte :

1^o Que arthroses, cellulite, pyorrhée alvéolo-dentaire subissent des poussées évolutives sous l'influence d'une hyperparathyroïdie ou de l'administration de l'hormone parathyroïdienne.

2^o Que arthroses, cellulite, pyorrhée alvéolo-dentaire s'améliorent considérablement sous l'action du sérum éparathyroïdien avec plus de régularité encore que par l'exérèse des parathyroïdes.

Les parathyroïdes apparaissent ainsi comme les glandes régulatrices du tissu mésodermique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI et PARLIER. — Formes cliniques du rhumatisme chronique généralisé (*Compte rendu Conférence internationale du rhumatisme à Aix-les-Bains*, 1934).
- ALBRIGHT F., BAIRD, COPE et BLANBERG. — Les complications rénales de l'hyperparathyroïdisme (*Amér. J. Med. Sc.*, 1934).
- ALQUIER. — Quelle place la cellulite doit occuper en nosologie ? (*Monde médical*, 1^{er} novembre 1926).
- ALQUIER. — Cellulite et Troubles circulatoires (*Journal de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE*, 25 décembre 1926 ; *Monde médical*, 15 avril 1923).
- BECQUET. — Action thérapeutique de l'hormone parathyroïdienne (VIGOT, 1937).
- BÉRARD, THIERS et FLEURY. — Le Mode d'action de la parathyroïdectomie dans le rhumatisme chr. (*Revue du rhumatisme*, janvier 1936).
- BINET (M.-E.). — La météoropathologie des hépatiques (*Presse thermale et climatique*, n° 3261, janvier 1934 ; *Vichy Médical*, n° 9, oct.-nov. 1934).
- BRULL. — Physiologie et pathologie générale du calcium (*Rapport au XX^e Congrès de Médecine de Liège*).
- COLLIN (R.), DROUET (P.-L.), WATRIN et FLORENTIN. — Action histophysiologique de l'hypoglycémie sur les glandes thyroïdes et parathyroïdes (*Compte-rendu Société Biologique*, 1931, t. 108, p. 64).
- COLLIP (J.-B.), PUGSLEY, LEBYE et THOMSON. — Observations sur le mécanisme d'action de la parathormone (*Brit. J. Exp. Path.* XV, 6, 335-336, décembre 1934).
- DAUSSET et DURANT. — Goutte et Cellulite (*Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 1913, n° 3, p. 131).
- DEBAISIEUX. — La maladie de RECKLINGHAUSEN (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 10 mai 1936).

- FAURE et TOURNADE. — Sur une variété d'adipose douloureuse (*Lyon Médical*, 11 mai 1913).
- FORESTIER J. — La Douleur du tissu cellulaire sous-cutané. Adiposalgie, panniculalgie (*Thèse*, Paris 1930).
- FORESTIER J. — La Douleur d'enveloppe, adiposalgie, cellulalgie (*Le Médecin chez lui*, 1931).
- FORESTIER J. — Cellulite vertébrale et rhumatisme cervical (*Société de Médecine de Paris*, 27 janvier 1923).
- FRANÇON. — Traitement du rhumatisme chronique (*Hôpital*, 1921).
- GILLET. — Le Rhumatisme chronique endocrinien (*Bulletin Médical de Paris*, 20 juillet 1920).
- GRÉGOIRE. — Influence de l'ablation des parathyroïdes sur la calcémie (*Société de Chirurgie*, mai 1937).
- HANRIOT. — La Cellulite, manifestation d'arthritisme (*Thèse Paris*, 1913).
- HARTENBERG. — Les céphalées musculaires ou cellulitiques (*Société Médicale de l'Élysée*, 2 février 1904).
- HIRSCH Mad. — Douleurs cellulitiques et Ménopause (*Thèse Paris*, 1928).
- HIRSCH Mad. — A propos de la Cellulite (*Bulletin Général de Thérapeutique*, 1935).
- LAPOREF A. — Rhumatismes chroniques et Parathyroïdes (*Journal de Médecine de France*, janvier 1932).
- LANGERON et GENEAU. — Contribution à l'étude des interventions parathyroïdiennes dans les rhumatismes chroniques (*Revue du Rhumatisme*, novembre 1936).
- LAROCHE G. — Discussion à propos de la Cellulite (*Société de Médecine de Paris*, 13 mars 1931).
- LAROCHE et M^{lle} MEURS. — Traitement de la Cellulite (*Paris Médical*, 5 décembre 1931).
- LAROCHE et M^{lle} MEURS. — La Cellulite (*Bibliothèque de la Revue de Médecine*).
- LERICHE. — La Parathyroïdectomie unilatérale dans les polyarthrites ankylosantes (*Société de Chirurgie de Lyon*, juin 1933 ; *Presse Médicale*, juillet 1933).
- LERICHE. — Position actuelle du Problème de la Polyarthrite ankylosante et son traitement par les opérations parathyroïdiennes (*Lyon Chirurgical*, juillet-août 1931).

- LERICHE. — Chirurgie des Glândes endocrines (*Journal de Chirurgie de Lyon*, juillet 1931).
- LERICHE (R.) et JUNG. — Les signes rénaux de l'hyperparathyroïdisme (*Presse Médicale*, n° 41, 20 mai 1936).
- LÉVY Léopold. — Discussion à propos de la Cellulite (*Société de Médecine de Paris*, 13 mars 1931).
- LÉVY Léopold. — Le Tempérament et ses troubles : Cellulite (Paris, J. OLIVIER).
- LÉVY Léopold. — A propos de la Cellulite (*Esprit Médical*, 5 et 20 février, 5 et 20 mars, 5 avril 1923).
- LIÈVRE. — L'Ostéose parathyroïdienne et les Ostéopathies (*Thèse de Paris*, 1931).
- LIÈVRE. — L'Ostéose parathyroïdienne et les Ostéopathies chroniques (un vol. MASSON, 1932).
- LIÈVRE. — La classification des Dystrophies osseuses et l'Ostéose parathyroïdienne (*Presse Médicale*, février 1932).
- LUTIKOFF. — Cellulite abdomino-pelvienne (*Thèse Paris*, 1911).
- MOREL. — Les Parathyroïdes (*Thèse Paris*, 1912).
- MORHARDT (F.-P.). — Questions de météoropathologie (*Presse Médicale*, 24 novembre 1928).
- MOURIQUAND (G.). — Répercussions médicales liées aux variations météorologiques (*La Médecine Infantile*, juillet 1934).
- OLMER (J.), PAILLAS et M^{lle} SIGNASI (B.). — Action de l'extrait parathyroïdien sur la glycémie des diabétiques (*Compte Rendu Société de Biologie*, 1935).
- OPPEL. — Parathyroïdectomie pour polyarthrite ankylosante (*Ann. Of. Surgéry New-York*, XII, 1929).
- PARHON et DEREVICI (H.). — Action de l'extrait parathyroïdien sur la glycémie (*Comptes-rendus Société de Biologie*, 1931).
- PARTURIER (G.). — Syndromes hépato-endocriniens (1 vol., VIGOT, 1935).
- PARTURIER (G.). — Foie et parathyroïdes (1 vol., VIGOT, 1936).
- PARTURIER (G.). — Hormone parathyroïdienne (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 10 février 1935).
- PARTURIER (G.). — Décalkification et Parathyrone (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 19 mai 1935).

- PARTURIER (G.). — Syndromes hépato-parathyroïdiens (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 22 septembre 1935).
- PARTURIER (G.). — Curieux cas de récalcification des os de la hanche (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 27 octobre 1935).
- PARTURIER et BECQUET. — Syndromes hépato-hypophysaires (*Revue des maladies du foie*, janvier 1934).
- PARTURIER, FAUQUE et NÉNON. — Météoro-Pathologie des hépatiques (*Revue des maladies du foie*, novembre 1934).
- PARTURIER et JAME. — Action anti-choc de la parathyrone (*Bulletin de la Société Thérapeutique*, février 1936).
- PARTURIER et PENAU. — Rhumatisme et Sérum éparathyroïdien (*Bulletin de la Société Thérapeutique*, février 1936).
- PARTURIER, PENAU et VALLERIX. — Syndromes parathyroïdiens, Note sur les syndromes hépato-parathyroïdiens (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 18 novembre 1934 et 22 septembre 1935).
- PARTURIER et M^{me} CALVÉ. — Parathyrone et Syndromes hépato-ovariens (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 12 mai 1935).
- PARTURIER et PENAU. — Existe-t-il une hormone antiparathyroïdienne ? (*Journal de Médecine de Lille*, 10 février 1935).
- PARTURIER et CESBRON. — Cellulite et Parathyroïdes (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 8 décembre 1935).
- PARTURIER et GOIFFON. — Action de la chaleur en pathologie. Élévation de la Cholestérinémie chez les cobayes placés à l'étuve à 37° (*Académie de Médecine*, 7 avril 1925).
- PARTURIER et COUSTAING. — Utilisation du sérum éparathyroïdien en récalcification dentaire (*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, juin 1937).
- PARTURIER et COUSTAING. — Contribution à l'étude du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire (janvier 1939).
- RICOUX. — Notions actuelles sur la cellulite et son traitement (*Thèse de Paris*, 1936).
- SAINTON. — Hyperparathyroïdie (*Scalpel*, 22 janvier 1938).
- SIMON. — Parathyroïde et Rhumatisme chronique déformant (*Gazette des Hôpitaux*, décembre 1931).
- SIMONNET. — L'hormone parathyroïdienne (*Journal Médical Français*, n° 1, janvier 1932).

- VINCENT (J.). — Rhumatismes et Parathyroïdes (*Journal de Médecine de Lille*, février 1934).
- VINCENT (J.). — Rhumatismes chroniques et Parathyroïdes (*Thèse de Paris*, 1933).
- WEIL. — L'histoire merveilleuse de l'Hyperparathyroïdie (*Gazette Médicale de France*, janvier 1932).
- WEISSENBACH et FRANÇON. — Causes et Traitement du rhumatisme chronique (1 vol., DOIN, Paris, 1928).
- WEISSENBACH, FRANÇON, PERLES, LEIDMANN. — Traitement de certaines formes graves du rhumatisme chronique déformant par les extraits parathyroïdiens (*Société Médicale des hôpitaux de Paris*, n° 36, décembre 1930).
- WEISSENBACH et FRANÇON. — Nosographie et Séméiologie du rhumatisme chronique progressif (*Revue du rhumatisme*, janvier 1935).
- WEISSENBACH, GLÉNARD et FRANÇON. — Rhumatisme chronique d'origine hépato-biliaire — Nutrition (*Presse thermale et climatique*, janvier 1932).
- WEISSENBACH, GLÉNARD et FRANÇON. — Perturbation fonctionnelle de l'appareil hépato-biliaire dans l'apparition du rhumatisme chronique (*Société de Thérapeutique*, décembre 1931).
- WELTI. — Rôle de l'hyperparathyroïdisme dans certains cas de dystrophie osseuse et dans la polyarthrite ankylosante (*Journal Chirurgical*, 1931).
-

Vu,
Nancy, le 6 Juillet 1939.
Le Président de thèse :
MAURICE PERRIN.

Vu et approuvé,
Nancy, le 10 Juillet 1939.
Le Doyen de la Faculté de Médecine :
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 8 Juillet 1939.
Le Recteur de l'Académie :
L. BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.

I - La Cellulite.

II - Le Rhumatisme - Essai de classification.

III - Evolution sur un même terrain dit arthritique.

IV - Le déséquilibre vago-simpatique.

V - Rhumatisme, cellulite et glandes endocrines.

VI - Influences météoro - pathologiques.

VII - Pyorrhée alvéolo-dentaire.

VIII - Du traitement par le sérum éparathyroïdien de Parturier.

Conclusions.

Bibliographie.

Georges PATIN

— Graveur - Imprimeur —

31, Rue Léon-Gambetta

1939 LILLE 1939
